CONTRIBUTIONS

A LA

GÉOGRAPHIE MÉDICALE

DE L'ARCHIPEL MALAIS

PAR

Le Docteur Jean-Alexandre-Isaac TSCHUDNOWSKY

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, 19, près le Boulevard Saint-Germain
1899

CONTRIBUTIONS

A LA

GÉOGRAPHIE MÉDICALE

DE L'ARCHIPEL MALAIS

PAR

Le Docteur Jean-Alexandre-Isaac TSCHUDNOWSKY

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, 19, près le Boulevard Saint-Germain

1899

DÉDIÉ

A MES MAITRES ET A MES COLLÈGUES

DE L'HÔPITAL DE FEMMES D'OBUCHOV DE SAINT-PÉTERSBOURG

pendant l'année 1881-1882

J.-A.-I. TSCHUDNOWSKY

CONTRIBUTIONS

A LA

GÉOGRAPHIE MÉDICALE

DE L'ARCHIPEL MALAIS

Le plan de ce petit travail, imparfait, je le reconnais, est le suivant : 1° introduction; 2° statistique médicale de Bornéo et de Sumatra (quoique les éléments nécessaires pour une statistique complète me fassent défaut(1), je m'efforcerai d'en tirer des conclusions générales pratiques en les opposant); 3° notes générales et spécialement pratiques sur les groupes principaux de la statistique, et 4° extraits de mon journal de Deli, du mois d'arrivée dans ce pays jusqu'au jour de mon départ pour l'Europe.

J'ai passé de 1891 à 1896 dans les deux plus grandes îles de l'archipel malais, Bornéo et Sumatra; deux ans dans la partie nord-est de Bornéo, région du fleuve Kinabatangan (British North Borneo) et trois à Déli, sur la côte est de Sumatra (possessions Hollandaises).

Sumatra et Bornéo sont situées sous l'équateur ; ce fait domine l'histoire géographique et ethnographique de ces deux îles. Sumatra s'étend du 6° de latitude N. au 6° de latitude S. et Bornéo du 4° 10′ de latitude S. au 7° de latitude N. Les

(1) Par nécessité puisqu'ils n'existent pas encore pour la population civile de cette région et tout au plus pour le pays presque encore inconnu comme Nord-Bornéo.

plantations des deux îles s'étendent sur les côtes et subissent au même degré l'influence des moussons quoique les moussons soient très irrégulières sur la côte N.E.de Bornéo. Les pluies les plus abondantes et les plus continues tombent du mois de novembre aux mois de mars ou avril. Les rives du fleuve Kinabatangan sont formées d'alluvions moins anciennes qu'à Déli et sont souvent submergées, les inondations étant fréquentes. A Déli, les petits cours d'eau comme le Soengei Déli débordent aussi pendant la saison des pluies, mais sans que l'inondation s'étende au loin. De deux à trois heures de l'après-midi, la température varie suivant la saison de 29° à 36° centigrades; entre 5 et 6 heures du matin elle varie de 20° à 26° centigrades à l'ombre.

Mais la chaleur humide d'un pays comme le Nord-Bornéo, couvert encore d'une forêt vierge sur presque toute son étendue, est souvent plus insupportable qu'à Déli où les forêts ont disparu sur de grands espaces pour faire place à la culture du tabac. Cette culture est prospère sur la côte d'où la vue s'étend presque sans obstacle jusqu'au pied des montagnes de Battaks.

Déli est situé sur le fleuve du même nom, loin de la côte, à 3° 39' de latitude N. et 96° 35' de longitude E. C'est le nom d'une partie de la résidence qui, avec Bengkalis, Laboean-Batoe, Siak et Asahan, forme la « Sumatra's Oostkust » gouvernement de la côte Est de Sumatra. Le Résident ou Gouverneur demeure à Médan, ville principale de Déli. Par les rivières du même nom, Déli est divisé en Déli proprement dit, Langkat et Serdang. Ces rivières se jettent dans le détroit de Malacca. La porte de Déli est Belawang situé à l'embouchure marécageuse et très malsaine de Déli-fleuve. Un trajet de quelques heures de chemin de fer sépare Médan de Belawang.

La population qui a fait le sujet de nos observations se compose en premier lieu d'ouvriers chinois, javanais et Klings, et en second lieu d'Européens et d'indigènes. Les indigènes de Bornéo, Zulus et Dajaks, de même que ceux de

Sumatra, Malais de la côte et Battaks, Malais aborigènes des montagnes, forment dans cette relation une minorité peu importante avec les Européens relativement à la masse principale composée d'ouvriers du sud de la Chine, de l'île de Java et des Indes Anglaises. Les Chinois et les Européens qui figurent dans cette population sont originaires de pays tempérés, les autres de pays tropicaux. On y compte très peu d'enfants et de vieillards : 1 à 2 pour 1000 à Bornéo et 5 à 6 pour 1000 à Déli. Pour mille hommes on compte à Bornéo 20 femmes javanaises, chinoises, européennes, klinges et japonaises et à Déli 85 à 90. Sur 100 femmes, il y a 90 Javanaises, le reste se compose de femmes d'autres nationalités. Sur 100 Européens, il y a 90 Hollandais, le reste comprend des hommes de diverses nationalités.

Je vais donner la statistique à peu près complète des maladies traitées en 1892 dans les six hôpitaux du fleuve Kinébatangan, où chaque plantation possède un hôpital et un « assistant-apothecary » ou aide-médecin, ainsi que celle des affections soignées en 1894 à l'hôpital central de Deli. Ayant été obligé pour édifier ma statistique de me servir d'un certain nombre de chiffres recueillis par des aides d'une instruction médicale assez élémentaire, j'ai divisé, pour simplifier la classification, toutes les maladies qui se rencontrent à Bornéo et à Déli en dix groupes.

Le premier groupe comprend les fièvres paludéennes aiguës et chroniques, les cachexies paludéennes aiguës et chroniques et toutes les infections (rhumatisme articulaire aigu, fièvre typhoïde, fièvres éruptives), qui forment une quantité négligeable relativement au paludisme. En effet, sur 1128 cas du 1er groupe (voir le tableau n° 1) il n'y a pas un seul cas de fièvres éruptives, il y en a deux ou trois de fièvre typhoïde et quelques-uns de rhumatisme articulaire aigu et de lèpre.

Pour cette raison, je prends le chiffre du premier groupe, dans mes appréciations générales comparatives, comme chiffre des maladies paludéennes en général.

Le deuxième groupe comprend seulement la dysenterie

Mois	Nom du pays	I Fièvres paludéennes Cachexie aiguë et chronique		II Dysenterie aiguë et chronique		III Gastro-Entérite aiguë et chronique		IV Ulcères et maladies chirurgicales		V Béri-Béri		VI Bronchites aiguës et chroniques, Asthme		VII Syphilis maladies vénériennes		VIII Suicides Empoisennements		IX Phtysie et pneumonie aiguë et chronique		X Maladies des yeux		Observations pour Déli seulement
		Admissions	Décès	Admissions	Décès	Admissions	Décès	Ad sions	Décès	Admissions	Décès	Admissions	Décès	Admissions	Décès	Admissions	Décès	Admissions	Décès	Admissions	Décès	
Janvier 1894-1892	Ile de Bornéo British North Bornéo	211	7	10	4	21	6	60	3	28	7	7	1	10	»	4	3	»	»	»	»	I. Marasme sénile 2. Mélancolie 1. Rhumatisme 3. IV. Ulcères 38. VII. Syphilis 72.
	Ile de Sumatra	41	3	9	3	2	0	49	»	»	»	2	»	22	»	»	»	1	»	2	»	
Février 1894-1892	Bornéo	179	10	25	5	25	1	66	1	35	11	8	»	5	»	2	»	1	»	3	»	IV. Ulcères 16. 1 cas mortel par septisémie. VII. Syphilis 8. VIII. Empoisonnement par l'opium. (Décès 1 cas).
	Sumatra	11	4	5	1	5	»	27	1	»	»	»	»	7	»	1	1	1	»	2	»	
Mars 1894-1892	Bornéo	106	6	18	6	41	1	67	»	26	3	5	1	11	»	»	»	»	1	6	»	II. Cirrhose du foie. Décès, 1 cas. IX. Péritonite tubercul. Décès, 1 cas, IV. Ulcères 20. VII. Syphilis 6.
	Sumatra	21	1	9	4	3	»	28	»	»	»	»	»	7	»	»	»	1	1	»	»	
Avril 1894-1892	Bornéo	129	2	23	5	46	7	48	»	9	»	4	»	8	»	3	3	3	2	»	»	I. Fièvre typhoïde 1. Rhumatisme articulaire 2. IV. Ulcères 25. VII. Syphilis 5.
	Sumatra	26	3	15	5	3	»	40	»	»	»	3	»	8	»	»	»	»	»	3	»	
Mai 1894-1892	Bornéo	110	12	10	3	53	9	58	1	1	»	22	3	3	»	1	1	»	»	8	»	I. Rhumatisme 4. Lèpre anesthétique 1. Rougeole 1. III. Cirrhose du foie. Décès, 1 cas. IV. Ulcères 28. VII. Syphilis 1. IX. Péritonite tubercul. Décès, 1 cas.
	Sumatra	30	5	11	3	8	3	39	1	»	»	»	»	4	»	»	»	»	1	6	»	
Juin 1894-1892	Bornéo	98	20	15	4	70	10	45	»	2	»	21	»	1	1	»	»	4	1	10	»	I. Rhumatisme 2. II. Cholérine 1 (Décès). III. Hépatique interstitielle 1. (Décès) VII. Syphilis 1. IV. Ulcères 38. IX. Phthisie 1. (Décès).
	Sumatra	17	1	9	2	12	4	49	»	»	»	2	»	2	»	»	»	»	1	3	»	
Juillet 1894-1892	Bornéo	83	5	11	3	35	8	40	1	2	»	11	»	»	»	1	1	2	2	8	»	IV. Ulcères 36. (1 décès par gangrène). VII. Syphilis 4.
	Sumatra	18	3	20	3	9	»	47	»	»	»	»	»	10	»	»	»	»	»	1	»	
Août 1894-1892	Bornéo	58	8	3	5	39	10	34	1	»	»	5	»	»	»	1	»	1	1	6	»	I. Variole 1. IV. Ulcères 16. VII. Syphilis 4. VIII. Empoisonnement opium 1. IX. Phthisie 1. (Décès).
	Sumatra	16	1	16	4	4	4	30	»	»	»	»	»	7	»	1	1	2	2	1	»	
Septembre 1894-1892	Bornéo	54	8	2	»	12	»	29	1	1	»	4	»	5	»	1	»	1	1	4	»	I. Rhumatisme 1. Fièvre typhoïde 2 (1 décès). IV. Ulcères 17. VII. Syphilis 12. IX. Phthisie 2.
	Sumatra	19	2	8	4	5	»	32	»	»	»	»	»	19	»	»	»	2	»	2	»	
Octobre 1894-1892	Bornéo	27	1	1	»	8	1	41	1	2	1	2	»	»	»	»	»	»	»	1	»	I. Rhumatisme 2. Fièvre bilieuse 1. Typhoïde 1. (Décès). IV. Ulcères 11. VII. Syphilis 3. VIII. Morsure serpent 1.
	Sumatra	16	2	5	4	2	»	19	»	»	»	1	»	5	»	1	»	1	»	3	»	
Novembre 1894-1892	Bornéo	38	3	»	»	10	»	39	»	1	»	1	»	4	»	»	»	»	»	2	»	I. Fièvre typhoïde 2 (3 décès). IV. Ulcères 20. Lèpre 1. III. Cirrhose atrophique 1. (Décès). VII. Syphilis 10. IX. Laryngite tuberculeuse 1 (décès)
	Sumatra	27	3	11	4	3	»	37	1	1	1	»	»	15	»	»	»	2	»	11	»	
Décembre 1894-1892	Bornéo	35	2	2	»	8	1	23	1	»	»	3	»	13	»	1	»	»	»	1	»	I. Fièvre typhoïde 1. Fièvre pernicieuse 1 (décès). IV. Ulcères 13. VII. Syphilis 10. IX. Phthisie. 2.
	Sumatra	47	2	7	2	3	»	36	»	»	»	2	»	18	»	»	»	3	»	6	»	
Totaux 1894-1892	Bornéo	1128	84	120	35	368	54	550	9	107	32	93	5	60	1	14	8	12	8	42	»	Population totale : 3500. Chinois : 2053. Malais : 899. Les autres nations . 98.
	Sumatra	289	30	125	39	59	11	433	4	1	1	10	»	124		3	2	13	5	40	»	Population totale : 4300. Chinois : 3052. Javanais : 349. Klings : 273. Européens : 26.

MOIS	NOM DU PAYS	I Fiévres paludéennes Cachexie aiguë et chronique		II Dysenterie aiguë et chronique		III Gastro-Entérite aiguë et chronique		IV Ulcères et maladies chirurgicales		V Béri-Béri	
		Admissions	Décès	Admissions	Décès	Admissions	Décès	Ad sions	Décès	Admissions	Décès
Janvier 1894-1892	Ile de Bornéo British North Bornéo	211	7	10	4	21	6	60	3	28	7
	Ile de Sumatra	41	3	9	3	2	0	49	»	»	»
Février 1894-1892	Bornéo	179	10	25	5	25	1	66	1	35	11
	Sumatra	11	4	5	1	5	»	27	1	»	»
Mars 1894-1892	Bornéo	106	6	18	6	41	1	67	»	26	3
	Sumatra	21	1	9	4	3	»	28	»	»	»
Avril 1894-1892	Bornéo	129	2	23	5	46	7	48	»	9	»
	Sumatra	26	3	15	5	3	»	40	»	»	»
Mai 1894-1892	Bornéo	110	12	10	3	53	9	58	1	1	»
	Sumatra	30	5	11	3	8	3	39	1	»	»
Juin 1894-1892	Bornéo	98	20	15	4	70	10	45	»	2	»
	Sumatra	17	1	9	2	12	4	49	»	»	»
Juillet 1894-1892	Bornéo	83	5	11	3	35	8	40	1	2	»
	Sumatra	18	3	20	3	9	»	47	»	»	»
Août 1894-1892	Bornéo	58	8	3	5	39	10	34	1	»	»
	Sumatra	16	1	16	4	4	4	30	»	»	»
Septembre 1894-1892	Bornéo	54	8	2	»	12	»	29	1	1	»
	Sumatra	19	2	8	4	5	»	32	»	»	»
Octobre 1894-1892	Bornéo	27	1	1	»	8	1	41	1	2	1
	Sumatra	16	2	5	4	2	»	19	»	»	»
Novembre 1894-1892	Bornéo	38	3	»	»	10	»	39	»	1	»
	Sumatra	27	3	11	4	3	»	37	1	1	1
Décembre 1894-1892	Bornéo	35	2	2	»	8	1	23	1	»	»
	Sumatra	47	2	7	2	3	»	36	»	»	»
TOTAUX 1894-1892	Bornéo	1128	84	120	35	368	54	550	9	107	32
	Sumatra	289	30	125	39	59	11	433	4	1	1

VI Bronchites aiguës et chroniques, Asthme		VII Syphilis maladies vénériennes		VIII Suicides Empoisonnements		IX Phtysie et pneumonie aiguë et chronique		X Maladies des yeux		OBSERVATIONS pour Déli seulement
Admissions	Décès	Admissions	Décès	Admissions	Décès	Admissions	Décès	Admissions	Décès	
7	1	10	»	4	3	»	»	»	»	I. Marasme sénile 2. Mélancolie 1. Rhumatisme 3. IV. Ulcères 38. VII. Syphilis 72.
2	»	22	»	»	»	1	»	2	»	
8	»	5	»	2	»	1	»	3	»	IV. Ulcères 16. 1 cas mortel par septisémie. VII. Syphilis 8. VIII. Empoisonnement par l'opium. (Décès 1 cas).
»	»	7	»	1	1	1	»	2	»	
5	1	11	»	»	»	»	1	6	»	II. Cirrhose du foie. Décès, 1 cas. IX. Péritonite tubercul. Décès, 1 cas, IV. Ulcères 20. VII. Syphilis 6.
»	»	7	»	»	»	1	1	»	»	
4	»	8	»	3	3	3	2	»	»	I. Fièvre typhoïde 1. Rhumatisme articulaire 2. IV. Ulcères 25. VII. Syphilis 5.
3	»	8	»	»	»	»	»	3	»	
22	3	3	»	1	1	»	»	8	»	I. Rhumatisme 4. Lèpre anesthétique 1. Rougeole 1. III. Cirrhose du foie. Décès, 1 cas. IV. Ulcères 28. VII. Syphilis 1. IX. Péritonite tubercul. Décès, 1 cas.
»	»	4	»	»	»	»	1	6	»	
21	»	1	1	»	»	4	1	10	»	I. Rhumatisme 2. II. Cholérine 1 (Décès). III. Hépatique interstitielle1. (Décès) VII. Syphilis 1. IV. Ulcères 38. IX. Phthisie 1. (Décès).
2	»	2	»	»	»	»	1	3	»	
11	»	»	»	1	1	2	2	8	»	IV. Ulcères 36. (1 décès par gangrène). VII. Syphilis 4.
»	»	10	»	»	»	»	»	1	»	
5	»	»	»	1	»	1	1	6	»	I. Variole 1. IV. Ulcères 16. VII. Syphilis 4. VIII. Empoisonnement opium 1. IX. Phthisie 1. (Décès).
»	»	7	»	1	1	2	2	1	»	
4	»	5	»	1	»	1	1	4	»	I. Rhumatisme 1. Fièvre typhoïde 2 (1 décès). IV. Ulcères 17. VII. Syphilis 12. IX. Phthisie 2.
»	»	19	»	»	»	2	»	2	»	
2	»	»	»	»	»	»	»	1	»	I. Rhumatisme 2. Fièvre bilieuse 1. Typhoïde 1. (Décès). IV. Ulcères 11. VII. Syphilis 3. VIII. Morsure serpent 1.
1	»	5	»	1	»	1	»	3	»	
1	»	4	»	»	»	»	»	2	»	I. Fièvre typhoïde 2 (3 décès). IV. Ulcères 20. Lèpre 1. III. Cirrhose atrophique 1. (Décès). VII. Syphilis 10. IX. Laryngite tuberculeuse 1(décès)
»	»	15	»	»	»	2	»	11	»	
3	»	13	»	1	»	»	»	1	»	I. Fièvre typhoïde 1. Fièvre pernicieuse 1 (décès). IV. Ulcères 13. VII. Syphilis 10. IX. Phthisie. 2.
2	»	18	»	»	»	3	»	6	»	
93	5	60	1	14	8	12	8	42	»	Population totale : 3500. Chinois : 2053. Malais : 899. Les autres nations . 98.
10	»	124		3	2	13	5	40	»	Population totale : 4300. Chinois : 3052. Javanais : 349. Klings : 273. Européens : 26.

aiguë et chronique. De plus, j'ai compris dans ce groupe les maladies de foie comme les cirrhoses qui ont un rapport étiologique direct avec la dysenterie.

Le troisième groupe comprend les gastro-entérites aiguës et chroniques auxquelles ont été ajoutés seulement un ou deux cas de cholérine. Le choléra qui a sévi à Deli en 1894 et 1895 était épidémique et ne rentre pas dans le tableau général n° 1.

Le quatrième groupe comprend toutes les maladies chirurgicales, les maladies de la peau, et les maladies des organes des sens, sauf les yeux. Les ulcères de jambe forment au moins la moitié du chiffre total de ce groupe (Pendant certains mois ils en formaient les deux tiers).

Les autres six groupes ne présentent rien de particulier à noter.

En examinant nos tableaux statistiques, nous verrons qu'à Bornéo, sur une population de 3500 habitants en 1892, il y avait d'admis dans les hôpitaux 2501 hommes desquels sont morts à l'hôpital 236 et 45 hors de l'hôpital, selon la statistique du gouvernement (Britisch North Bornéo-Hérald 1892). A Sumatra nous avons, sur 4300 hommes en 1894, 1097 entrés à l'Hôpital, desquels sont décédés 92+29 ouvriers morts hors de l'hôpital (statistique de la Compagnie 1894).

La mortalité pour 1000, entre 20 et 40 ans, pour l'année 1892 est à Bornéo de 80 0/00; pour l'année 1894 à Sumatra elle est de 28,13 0/00 et pour 1894 dans toutes les colonies de l'archipel Malais, de :

Pour les Européens.	16.85 pour 1000
— Africains.	14.71 pour 1000
— Malais.	20.98 pour 1000

Entre 1873 et 1887 :

Pour la population civile en France.	8.00 pour 1000
— l'armée.	11.00 pour 1000

Ceci nous apprend que la classe ouvrière en France, exposée aux travaux les plus pénibles et à l'hygiène la plus défec-

tueuse, présente 3 pour 1000 de moins de mortalité que l'armée.

Tandis qu'aux Indes Néerlandaises, c'est le contraire, la mortalité des ouvriers est à peu près 4 fois plus élevée que celle des troupes.

Le tableau de la morbidité et de la mortalité, entre 20 et 40 ans, nous donne les chiffres suivants dans les îles; ces chiffres sont rapportés à mille unités et classés par grands groupes de maladies.

	A. Bornéo 1892 (1).		B. Sumatra 1894.	
	Morbidité.	Mortalité.	Morbidité.	Mortalité.
I	322.20	24.00	67.20	6.90
II	34.20	10.00	29.00	9.00
III	105.10	15.40	13.70	2.50
IV	157.10	2.50	100.70	0.90
V	30.50	2.10	0.10	0.20
VI	26.50	1.40	2.30	0.00
VII	17.1	0.20	28.80	0.00
VIII	4.00	2.22	0.69	0.30
IX	3.40	2.22	3.00	1.10
X	1.40	0.00	9.30	0.00

Pour l'armée Indo-Néerlandaise, nous trouvons pour l'année 1894 les chiffres suivants:

C.	Morbidité.	Mortalité.
I	461.12	4.31
II	5.01	0.55
III	109.4	2 64
IV	189.00	0.21
V	153.50	7.10
IX + VI	120.50	7.69
VII	338.6	0.37
VIII	0.20	0.00
X	49.6	0.00

(1) Les chiffres romains désignant le nom des maladies correspondent à ceux du grand tableau.

Prenons le dernier tableau, la morbidité et la mortalité, par groupes de maladies dans l'armée française ou dans la population civile (MARVAUD, *Maladies du soldat*).

		Morbidité	Mortalité	
Moyenne de 8 années pour l'Algérie et la Tunisie de 1883 à 1890	I	121, 6 o/oo	1,25 o/oo	
1890. Algérie	II	A 23,00 o/oo	0, 6 o/oo	
France		B 4, 7 o/oo	0, 6 o/oo	
	IX et VI	A 164, 6 o/oo	6,87 o/oo	Population civile inclusiv *tuberculose*
		B 115, 2 o/oo	2,66 o/oo	Pop. militaire en France
	VII	45,00 o/oo	»	Armée française 1889-1890
	VIII	0,35 o/oo	»	(1882-1889) Popul. civile en France
		0,11 o/oo	»	
	X	6,00 o/oo	»	Armée française

Etudiant le tableau A, nous voyons que les maladies principales de Nord-Bornéo anglais sont par ordre d'importance : 1° Fièvres paludéennes; 2° Ulcères des jambes; 3° Gastro-entérites; 4° Dysenterie. — Le tableau B pour Sumatra-Deli : 1° Ulcères des jambes; 2° Fièvres paludéennes; 3° Dysenterie; 4° Syphilis (maladies vénériennes). — Le tableau C donne pour l'Archipel Malais : 1° Fièvres paludéennes; 2° Syphilis et maladies vénériennes; 3° Ulcères et maladies chroniques; 4° Beri-Beri.

I

Paludisme

La fièvre palustre est la maladie par excellence de l'archipel Malais.

L'infection paludéenne forme le fond de la pathologie exotique. C'est elle qu'on retrouve à chaque pas dans les pays chauds, soit qu'en elle consiste toute la maladie, soit qu'elle vienne compliquer une autre affection en lui imprimant un cachet spécial (Roux).

En 1892, à British-North-Bornéo on constatait 1100 cas de paludisme pour 3100 habitants et 28 cas d'autres infections aiguës que nous avons compris dans le même groupe. A Déli on constatait 270 cas de paludisme pour 4300 habitants et 19 cas d'autres infections. En comparant les chiffres du premier groupe, nous trouvons pour la morbidité de la fièvre palustre : 461, 12 pour 1000 dans l'armée néerlandaise en 1894 ; 322, 20 pour 1000 chez les habitants de Kinabatangan ; 121, 6 pour 1000 dans l'armée française en Algérie et en Tunisie de 1885 à 1890 et 67, 20 pour 1000 chez les ouvriers de Déli-Sumatra en 1894. Pour la mortalité, nous trouvons sur 1000 hommes de 20 à 40 ans : 24.00 à Kinabatangan ; 6.90 à Déli ; 4.31 dans l'armée Indo-Néerlandaise ; 1.25 dans l'armée Française en Algérie et en Tunisie.

Pour la morbidité l'armée des Indes Néerlandaises occupe donc le premier rang et pour la mortalité le troisième. Nord-Bornéo est au premier rang pour la mortalité et au deuxième pour la morbidité. L'armée française d'Algérie et de Tunisie occupe le quatrième rang pour la mortalité et le

troisième pour la morbidité, enfin Déli vient au dernier rang pour la morbidité et au deuxième pour la mortalité dans les fièvres palustres. A Bornéo les laboureurs meurent à peu près six fois plus de fièvres palustres que les soldats des Indes Néerlandaises et 24 fois plus que les soldats d'Algérie et de Tunisie ; mais à Sumatra les laboureurs meurent seulement une fois plus que les soldats des Indes et à peu près six fois plus que les soldats d'Algérie et de Tunisie. A Bornéo, les causes d'une aussi grande mortalité sont : 1° le labourage et le défrichement d'un sol vierge couvert de forêts impénétrables et luxuriantes et 2° l'hygiène détestable des ouvriers qui défrichent et cultivent le sol. A Déli, la morbidité est cinq fois moins grande qu'à Bornéo parce que la première des causes que nous venons de signaler n'existe pas. Mais la mortalité relativement forte de Déli est due : 1° à l'infection du sol de Déli par les germes morbides de la dysenterie et des autres affections gastro-intestinales qui compliquent presque toujours les fièvres palustres dans ce pays, et 2° à l'hygiène encore défectueuse comparativement à celle des troupes hollandaises et françaises des colonies. Des trois principales formes de paludisme qu'on trouve dans l'Archipel Malais : fièvre intermittente simple, pernicieuse ou larvée; fièvre rémittente ou continue typhoïde, pernicieuse ou ictérique et cachexie paludéenne aiguë ou chronique, les deux dernières, fièvre rémittente et cachexie, sont prédominantes. Je partage l'avis des docteurs Van den Burg et Jacobs, qui disent que l'infection paludéenne affectant la forme de la fièvre intermittente vraie est un phénomène très rare aux Indes Néerlandaises, « rara avis » (*Gen. Tijd. v. N. J.* Deel, XXI, page 268).

On peut affirmer, dit Van den Burg, que la fièvre rémittente est presque la seule maladie des pays tropicaux. Elle prédomine davantage sur les côtes que dans l'intérieur des terres. — De Geneesheer *in N. India.*

Telle n'est pas l'opinion du professeur Koch, qui, d'après les observations recueillies par lui dans l'Afrique allemande, est d'avis que les formes intermittentes pures de l'infection

paludéenne sont les plus fréquentes dans les pays tropicaux.

Après les différentes formes de fièvre rémittente, c'est la cachexie paludéenne aiguë ou chronique, avec ou sans fièvre initiale, qui est la plus fréquente à Bornéo et à Déli.

Les indigènes des contrées marécageuses sont assez souvent atteints de cachexie sans subir les formes aiguës du paludisme. Le symptôme dominant est l'anémie. Des suffusions séreuses ne tardent pas à se produire, œdème palpébral et périmalléolaire, puis anasarque accompagné d'hydropéricardite ou d'ascite. Parmi les complications qui entraînent le plus souvent la mort, il faut citer la dysenterie et la pneumonie... au nombre des complications possibles, il faut citer encore la paralysie (Laveran).

Les professions les plus malsaines dans les pays où règne le paludisme sont celles qui mettent l'homme le plus souvent et le plus directement en contact avec le sol.

L'examen microscopique du sang et la recherche des corps *à flagella* ou *en croissant* de Laveran ne m'a donné dans ces cas aucun résultat positif pendant mon séjour à Déli.

L'anémie est l'apanage de presque tous les ouvriers de l'archipel Malais, soit à cause de la mauvaise qualité et de l'insuffisance de leur nourriture, soit par l'extrême fréquence de différents nématodes dans leur intestin.

L'ankylostome duodénal et le trichocephal dispar sont surtout fréquents chez les travailleurs de la terre. En somme, je pense que ni l'anémie ni la recherche des hématozoaires de Laveran ne peuvent aider à faire d'une façon certaine le diagnostic des fièvres paludéennes chroniques ou de la cachexie paludéenne larvée. La splénomégalie fait souvent défaut dans ces cas. Le Roy de Méricourt croit que « les hypertrophies de la rate sont moins fréquentes dans les pays chauds que dans les pays tempérés à malaria active ». Dutroulau a cité des cas de paludisme chronique où la rate était normale.

En général, dans ces formes cachectiques larvées, les ac-

cès de fièvre sont de courte durée et peuvent même passer inaperçus des malades.

«Parfois pourtant les accès de fièvre chez un paludéen chronique, pourront manquer ou revêtir des masques divers que quelques médecins ont niés, mais qui existent incontestablement et se démontrent non seulement par l'action de la quinine, mais encore parce qu'on peut les voir alterner avec des accès vrais, légitimes, de fièvre tellurique (Catrin, *Paludisme chronique*, pages 36, 45, 47).— Manson, dans son récent ouvrage « *Tropical Diseases* », dit : « Il faut dire cependant que la fièvre ne précède pas ou n'accompagne pas nécessairement la cachexie paludéenne. Dans les pays paludéens à un haut degré, il n'est pas rare de rencontrer des exemples typiques de paludéens chez qui la fièvre n'est jamais bien caractérisée ou dans tous les cas est si faible qu'elle n'a pas sérieusement attiré l'attention du malade. »

La grande mortalité par fièvres palustres que l'on constate à Bornéo est due selon moi à la cachexie aiguë à marche rapide et affectant le caractère d'une épidémie spéciale au sol vierge des tropiques. C'est cette forme de cachexie aiguë qui en Algérie a si fortement décimé les troupes françaises aux premiers temps de la conquête. Haspel l'appelait fièvre putride scorbutique épidémique (*Traité des maladies des pays chauds*, Kelsch et Kiener).

C'est ici le lieu de dire qu'il faut bien se garder aux Indes de se prononcer sur l'état d'un malade qui ne présente ni splénomégalie ni fièvre. Il arrive souvent que des ouvriers, se disant malades, refusent de travailler. Les planteurs les envoient en observation à l'hôpital, et s'ils sont renvoyés quelques jours après sous prétexte qu'ils ne sont pas malades, ils sont immédiatement dirigés de la plantation sur la prison où ils reçoivent une correction corporelle pour «refus de travailler ». Or, le malade ainsi châtié peut être atteint de paludisme chronique avec splénalgie et des symptômes généraux purement subjectifs. Le médecin est donc exposé à commettre une erreur si, pour porter un diagnostic, il se

base seulement sur la splénomégalie et la fièvre. A plus forte raison la même erreur peut être commise si c'est un coolie chinois qui est soumis à votre examen, car il est incapable de s'expliquer dans un dialecte très souvent inconnu du médecin et de son entourage. Il est bien évident que la bastonnade et les coups de rotang administrés dans les prisons sont des procédés thérapeutiques plutôt insuffisants et qui n'améliorent pas l'état cachectique du malheureux malade. Des cas de ce genre semblent malheureusement n'être pas rares dans les prisons coloniales. On peut juger à quel point la crainte des coups de bâton est poussée aux Indes par ces quelques lignes du docteur MANSON.

« Dans les pays chauds et malariens un grand nombre de coolies travaillent avec une rate dans leur abdomen deux ou trois fois plus grosse que leur tête et qui peut être facilement déchirée. Il faut se rappeler ces faits en administrant des punitions corporelles légères aux Indigènes des régions paludéennes. » J'ai vu, pour ma part, un nombre de cas de mort subite après les punitions corporelles infligées aux coolies à Bornéo et à Sumatra, car, il faut bien le dire, la bastonnade est avec l'alcool et la syphilis une des méthodes les plus en faveur pour civiliser les indigènes et les Chinois. Je dois avouer que cette méthode a même des partisans dans le corps médical des colonies, et il n'est pas besoin d'ajouter qu'elle n'est pas toujours du goût des ouvriers soi-disant libres des Indes. Beaucoup d'entre eux, principalement les Chinois, se sont cruellement vengés, surtout à Bornéo et à Sumatra. — Que si l'on me demande comment on peut diagnostiquer les cas de fièvre palustre chronique qui ne présentent pas de symptômes objectifs, je répondrai franchement que je n'en sais rien.

L'observation prolongée et attentive peut seule résoudre cette question délicate. C'est la connaissance des individus dans leurs relations sociales et économiques, qui nous guidera dans nos observations. Dans les circonstances actuelles, je me faisais un devoir de ne jamais renvoyer un coolie de

l'hôpital avec le diagnostic « rien » chez ses patrons.

Pour venir à l'appui de ces cas du paludisme chronique et larvé je ne puis, je pense, mieux faire que de présenter l'observation d'un cas de fièvre paludéenne chronique, suivi depuis 1883 jusqu'à ces jours. C'est d'ailleurs mon propre cas.

Tjilatjap, sur la côte sud de Java, qui était ma deuxième garnison, est célèbre par ses épidémies de fièvres paludéennes rémittentes, typhoïdes et pernicieuses et dont j'ai ressenti une attaque pour la 1re fois en 1883, attaque qui a durée 8 jours avec une température le matin de 38° à 39° et 40°, celle du soir avec tous les caractères typhiques de moyenne intensité.

Avec une énorme rate qui débordait de 5 ou 6 travers de doigt les côtes à l'hypocondre gauche, je fus renvoyé par mon chef à Semarang, siège de la commission médicale de la 2me division militaire de Java. Les attaques aiguës ont eu une durée de 24 à 36 heures; après le premier accès, elles étaient assez espacées l'une de l'autre pour que la commission décidât de m'envoyer en place de l'Europe dans les montagnes de Java. Au bout de 4 mois j'étais rétabli à un tel degré qu'à l'aide de la quinine de temps en temps, je pouvais reprendre mon service à l'hôpital militaire de Semarang et un an après à Atchine, nord de Sumatra, où l'on se battait depuis 1873. Peu à peu les accès francs de fièvre disparurent et en place vint s'établir et récidivait chaque mois régulièrement le tableau symptomatique subjectif suivant : parésie psychique et nerveuse, irritabilité exagérée, sentiment d'une faiblesse générale, parésie légère des extrémités principalement des membres inférieurs; diminution de l'appétit, soif exagérée et une diminution relative de la sécrétion des urines; les lèvres étaient sèches, les mains, qui semblaient avoir perdu leur souplesse habituelle, étaient raides, brûlantes ou au contraire froides, mais le plus typique et qui ne manquait jamais, c'était une sensation de froid aux pieds, malgré la chaleur tropicale de l'après-midi. Tous ces phénomènes étaient nécessairement accompagnés de névralgie,

tiraillements supraorbital et des maux sourds dans la région splénique. Très rarement la température montait sous les aisselles à 38° C; en général elle était normale comme le pouls. Les accès mensuels et réguliers duraient 5, 6 à 7 jours et finissaient en général par une crise urinaire, transpiration et disparition de tous les phénomènes subjectifs.

Sous l'influence de la quinine et de l'arsenic, les accès s'amendaient mais ne disparaissaient pas totalement.

En 1891, je partis pour les jungles de Nord Bornéo, comme médecin des plantations anglaises de tabac sur le fleuve Kinabatangan. On voit par la statistique que ce pays était le domaine de la fièvre palustre par excellence.

Presque tous les Européens qui y travaillent sont affectés de tuméfaction de la rate et subissent des accès plus ou moins longs de fièvre rémittente typique.

En prenant régulièrement des gouttes de Fowler après chaque repas, et cela pendant un an et sans interruption, je n'eus aucun accès franc de fièvre pendant mon séjour à Bornéo.

La vie ambulante que je menais, toujours en plein air sur un « launch » avec lequel je montais et descendais le fleuve à une distance d'une journée pour visiter les deux plantations extrêmes, complétait l'action salutaire des gouttes de Fowler. Mais quand les accès larvés récidivaient, quoique sous une forme moins intense qu'à Java, j'interrompais les gouttes et prenais deux ou trois doses de 0.50 ctg. ou de 1 gramme de chlorhydrate de quinine.

En 1893, je partis pour Deli et jusqu'au mois d'août 1895, à mon retour d'un voyage à Saïgon d'une durée de 1 mois, je n'eus rien de particulier à noter dans mon état général, quand tous les symptômes de la fièvre chronique larvée mensuelle se sont aggravés et compliqués par un phénomène bizarre, érosion superficielle du tiers moyen et antérieur de la lèvre inférieure. Avec la disparition des symptômes typiques de chaque accès, l'érosion se cicatrisait sans intervention locale. L'érosion de la muqueuse ou la névralgie

supraorbitale avec des maux sourds spléniques ouvraient la marche de l'accès. Les taches de sang sur ma serviette pendant mon repas m'indiquaient que l'ulcération était apparue. Jamais, pendant les trois ans 1/2 que ce phénomène a accompagné les accès paludéens, aucun autre symptôme, comme les douleurs, l'infiltration locale ou tuméfaction des glandes, ne compliquait l'état érosif de la lèvre inférieure (c'est-à-dire que tous les autres éléments étiologiques possibles, comme syphilis, etc., peuvent être absolument exclus dans ce cas).

Maintenant que je suis depuis déjà 2 ans et demi en Europe, à Paris, les phénomènes généraux de la fièvre larvée me visitent régulièrement; mais les érosions et les ulcérations ne reparaissent plus depuis 6 mois.

On voit à présent des cicatrices blanchâtres, légères, superficielles et une décoloration plus foncée de la partie de la muqueuse qui était affectée.

Du commencement de l'année 1895 jusqu'à peu près six mois avant la 1re apparition de l'érosion labiale, j'ai cessé de fumer.

L'influence fâcheuse du tabac est la cause évidente d'une irritation du cœur qui s'accentue par un séjour prolongé dans les pays chauds. Je souffrais de palpitations de cœur.

Je n'ai plus fumé jusqu'à cette année 1899. J'ai commencé à fumer les mauvaises cigarettes et cigares de la Régie et j'ai constaté une irritation des lèvres sans provoquer de récidive d'érosions labiales (preuve que la cause de ces érosions n'était pas locale, mais constitutionnelle).

Ce séjour de deux ans 1/2 hors des pays tropicaux, en amendant l'influence fâcheuse du poison malarien sur mon organisme et sur l'intensité des symptômes subjectifs, a fait disparaître ce phénomène assez bizarre et, il me semble, non encore décrit dans la forme larvée des fièvres paludéennes tropicales.

Comme je le disais, en 1883, après mon premier accès de fièvre, ma rate était énorme, elle se rétracta et ces dernières années, des médecins expérimentés l'ont trouvée presque normale à la percussion et à la palpation. Cependant, les accès

de fièvre larvée continuaient tout de même. D'où venaient donc ces maux sourds, fréquemment insupportables, ces accès de splénalgie? Pourquoi, malgré l'augmentation des signes larvés en 1895, le volume de la rate restait-il objectivement normal? Je pense qu'il faut chercher l'explication de ces phénomènes dans les adhérences providentielles de la capsule membraneuse de la rate. Les adhérences sont les conséquences de l'inflammation et des épaississements de la capsule. Le Dr Catrin dit: « On les rencontre surtout à la face externe et à la partie supérieure de la rate, provoquant ainsi ces adhérences qu'on a nommées providentielles avec un optimisme peut-être exagéré. » (*Le Paludisme chronique*, page 95). Je suis bien disposé à accepter cet optimisme pour mon propre cas. Les tiraillements sourds et limités à la région splénique sans retentissement dans le voisinage, surtout après les exercices physiques plus ou moins violents, sont des signes plus que probables de l'existence d'adhérences; peut-être mettent-elles des entraves aux congestions actives de la rate, en empêchant, en limitant la tuméfaction de cet organe, et par conséquent en entravant le développement et la reproduction intensive des plasmodies de Lavéran.

Quoique j'aie travaillé pendant les trois-quarts du temps de mon séjour aux Indes dans des régions à paludisme intense, je ne puis pas m'associer, pour ces considérations anatomo-pathologiques, à l'avis du Dr Duboué. « Tous les médecins « sont d'accord sur la valeur diagnostique des symptômes « dus à une lésion (splénomégalie) de cet organe dans l'im- « paludisme chronique. Quelques-uns ont donné à la splénal- « gie un rôle plus important qu'à l'hypertrophie de la rate, « niant même la fréquence de cette hypertrophie. Comme « pour l'anémie, on peut voir que ce sont surtout des méde- « cins de régions à paludisme peu intense qui ont admis ces « restrictions ». (Duboué.)

II

Beri-Beri

Le professeur SHEUBE, parlant de la distribution géographique du Beri-Beri, signale sa présence à l'état endémo-épidémique dans les plantations de la Côte Est de Sumatra. D'après la statistique générale, on voit que j'ai eu à Deli en 1894 un seul cas pur de cette maladie. Les quelques autres cas que j'ai vus en visitant les plantations appartenaient à des coolies sortant des prisons ou venant de Singapour et de Riow, où sont des mines d'étain. Même origine pour les cas marqués dans la statistique de Bornéo. Les maisons ouvertes à tous les vents, le travail dans les champs sont de mauvaises conditions pour la culture du germe du Beri-Beri. C'est une maladie des casernes, des villes, non de la campagne, laquelle a pour apanage la fièvre palustre, Je n'envisage ici que mes observations personnelles.

Les médecins qui ont vu peu de cas de Beri-Beri ont une tendance, pour une région déterminée, à confondre toutes les maladies infectieuses, soit sous le nom de Paludisme, soit sous celui de Beri-Beri. Et cela au détriment de la nosographie et de la thérapeutique. Ainsi, en arrivant en 1891 à Bornéo, j'ai constaté que la plupart des cas présentés sur le Kinabatangan comme du Beri-Beri aigu ou chronique, avec paralysie, œdème des extrémités, anémie, palpitations, — n'étaient que des cas de cachexie paludéenne aiguë ou chronique. Cette généralisation a des conséquences fâcheuses pour les malades. Quelques médecins, croyant à l'étiologie par les nématodes (trichocéphale dispar et ankylostome) administraient le thymol et les anthelminthiques. On conçoit

l'inconvénient déplorable d'une telle médication chez un paludéen. Le tube digestif du paludéen est indemne et c'est sa sauvegarde, et il faut bien se garder d'y toucher.

Dr Manson dit, page 229, *Tropical deseases :* « Le médecin novice en pathologie tropicale sera longtemps embarrassé par cette maladie. J'ai vu prendre le Beri-Beri pour une foule d'autres maladies : j'ai d'ailleurs commis les mêmes erreurs en débutant.

Qu'est-ce donc que le Beri-Beri ?

Citons sur ce sujet les auteurs les plus autorisés :

Sheube : C'est une maladie miasmatique, analogue à la malaria et qui existe principalement dans l'archipel Malais.

Bœltz : C'est une maladie rarement aiguë, le plus souvent subaiguë ou chronique, caractérisée par une grande faiblesse, de l'anasarque, des épanchements séreux dans les cavités splanchniques et par des troubles moteurs, sensitifs, circulatoires et sécrétoires.

Manson définit le Beri-Beri : une forme spéciale de névrite multiple périphérique, endémo-épidémique dans la plupart des pays tropicaux ou subtropicaux.

Sheube divise la maladie en quatre formes principales :

Forme fruste ou légère,

Forme atrophique,

Forme ascétique ou hydro-atrophique,

Forme aiguë pernicieuse ou cardiaque.

Cette classification est, à mon avis, des plus rationnelles. Ajoutons que le Professeur Pekelharing et les médecins Japonais ont cru trouver à Atchine et au Japon, dans le sang de leurs malades, des bacilles spéciaux.

Le Dr Glogner, de Java, pense avoir constaté le germe de cette affection dans des corpuscules amœboïdes du sang ressemblant aux plasmodies de Laveran.

Résumons : le Beri-Beri est une affection microbienne, miasmatique, dont le germe est encore inconnu, qui se développe de préférence dans certaines régions des pays tropicaux ou subtropicaux. Dans certaines conditions particu-

lières, elle peut être transportée et se développer dans d'autres régions sous forme de foyers limités : prisons, hôpitaux, navires, localités malsaines, et, en un mot, partout où l'air est confiné. Le Beri-Beri se présente sous deux formes principales : *Atropho-paralytique* et *Hydro-paralytique* (Beri-Beri sec et hydropique des anciens Hollandais).

Dans les cas typiques, la marche des malades est spéciale; de là vient le nom japonais de Beri-Beri (Kaké). Les malades écartent les jambes et font des petits pas, soulèvent la jambe et fléchissent le genou plus que de coutume, le talon se soulève brusquement (comme si le pied était collé dans la terre glaise) en tombant, le pied frappe d'abord avec la pointe le sol avec une certaine force (steppage).

A côté des formes chroniques et récidivant pendant des années, on observe des formes aiguës de 24 ou 48 heures de durée. Tantôt c'est une simple parésie des membres inférieurs, tantôt une névrite multiple périphériqne aiguë; tantôt c'est un léger œdème malléolaire, tandis que d'autres fois il y a anasarque ou hydropisie des cavités séreuses.

Le Beri-Beri frappe de préférence les races jaunes et les indigènes des tropiques, mais en certains cas, comme à Atchine en 1885 et 1886, la virulence du germe peut s'exalter et la maladie atteint alors les races blanches et les Européens aussi bien que les indigènes.

Le diagnostic entre le Beri-Beri et les autres maladies analogues, soit nerveuses, soit générales, n'est pas toujours facile, quoi qu'en disent certains auteurs. J'en veux rapporter un exemple des plus instructifs. En Irlande, à l'asile Richmond de Dublin, une épidémie de polynévrite périphérique se déclara en 1897. C'était la 3me fois que cela se produisait. Des autorités en pathologie tropicale comme SMITH, STOKES, MANSON, SHEUBE déclarèrent qu'il s'agissait de Beri-Beri. Des médecins Hollandais, Dr VERSCHUUR et Prof. YSSELSTEIN, qui vinrent à l'asile étudier cette épidémie, conclurent qu'il s'agissait de polynévrite simple, non de Beri-Beri (*Geneesk. Tijdschrift*, 1897, II, blz 1006.)

M. MANSON, dans son dernier ouvrage (*Tropical Diseases*, page 222, 1899), revient sur cette épidémie pour montrer l'existence du Beri-Beri dans les climats tempérés. Les médecins hollandais n'en persistent par moins dans leur opinion et le Dr VAN DER SCHEER donne cette raison, à mon avis excellente : « Il est vraiment remarquable que le Beri-Beri apparaît justement dans les asiles d'aliénés où les chances d'importation sont presque nulles si on les compare aux risques d'infection que courent ici un grand nombre de ports Hollandais. Or, les bateaux de transports n'y ont pas encore importé le Beri-Beri ». Il n'est pas douteux que si cette maladie doit être importée en Europe, c'est en Hollande qu'elle le sera d'abord. Car c'est la Hollande qui possède la colonie où le Beri-Beri est apparu sous formes de graves épidémies et d'où sont évacués continuellement les officiers ou soldats qui en sont atteints.

Si la recherche des hématozoaires de LAVERAN avait toujours donné des résultats positifs et probants le diagnostic serait facile. D'autre part, les recherches du Dr GLOGNER sur les parasites du Beri-Beri demandent confirmation.

Laissons de côté les cas typiques de Beri-Beri qui diffèrent essentiellement des cas typiques de Paludisme. Etudions seulement quelques points qui serviront à établir le diagnostic général des deux entités morbides. SHEUBE s'exprime ainsi (*Die Krankheiten der warmen Länder*, 1896.) « Il y a des pays où existe la Malaria et où le Beri-Beri est inconnu, ainsi, la province Orizza et le Delta du Gange, aux Indes anglaises ; Tjilatjap sur la côte sud de Java. D'autre part, le Beri-Beri est endémique dans certaines contrées où la malaria est rare, à Singapour... Ajoutons que la malaria est une maladie des champs, le Beri-Beri une maladie des villes. En outre, dans celle-ci la quinine n'a pas d'action. »

VAN DEN BURG, dans son excellent livre sur les maladies des Indes néerlandaises, dit : « Le Beri-Beri ressemble beaucoup au paludisme, point bien mis en lumière par SWANING entre autres. Mais il existe entre ces 2 maladies quelques

différences. Si elles sont toutes deux endémo-épidémiques, localisées à certaines régions, si elles s'améliorent quand les sujets s'éloignent des lieux infectés, si elles comportent des récidives, —il n'en est pas moins vrai que le Beri-Beri atteint surtout le sexe masculin. L'âge, la profession, le degré d'acclimatation ont une grande influence ; le changement de lieu est très favorable et montre que le Beri-Beri n'existe pas à l'état latent pour se développer tardivement. Les terrains marécageux sont presques indemnes. L'état général diffère dans les deux maladies. »

Donc la fièvre est nulle dans le Beri-Beri, la rate n'est pas grosse, la marche est régulière, la mélanémie est absente ; la quinine est sans effet. En outre, différence dans la distribution géographique; en 1885, tandis que le Beri-Beri frappait sévèrement l'armée Indo-Néerlandaise, deux endroits, Tjilatjap et Raw, célèbres par l'intensité de leurs épidémies paludéennes, restaient indemnes de Beri-Beri.

III

Dysenterie. — Suicides. — Syphilis

A Deli, le sol sur lequel sont construites les huttes des coolies est profondément infecté par les déjections, par les vestiges des anciens hôpitaux, par les cadavres enfouis çà et là, à la hâte. Les cimetières n'existaient pas et on se débarrassait des morts comme on pouvait. Il n'était pas rare de voir les coolies mettre à nu des ossements humains. Notre statistique montre les conséquences de cet état de choses par le chiffre des cas de dysenterie et d'infections intestinales. Dans le tableau A on voit que la morbidité, à Bornéo où la culture du tabac était très récente, était de 34,20 pour mille et la mortalité 10 p. 1000. Dans le tableau B on voit que à Deli, pays plus cultivé depuis 30 ans déjà, la morbidité de la dysenterie était de 29 p. 1000 et la mortalité de 9 p. 1000, donc les chiffres sont presque égaux dans ces deux régions pour la dysenterie, tandis que, pour la malaria, dans ces 2 régions la différence est énorme. Pour bien montrer la valeur comparée de ces chiffres, j'ajouterai que les coolies à British North Bornéo travaillaient dans un pays sauvage et qu'ils se trouvaient dans une condition plus misérable que les coolies de Sumatra.

Sandakan, ville principale de la partie anglaise de Bornéo, se trouvait à 24 heures de ma résidence par bateau à vapeur, et Medan, ville principale de Déli, à quelques heures de marche seulement. Médan se trouve au centre des anciennes plantations; tandis que les plantations de Bornéo, au centre desquelles je résidais, sont séparées de Sandakan par des forêts vierges presque impénétrables.

La comparaison du nombre des suicides dans les deux pays (tableaux A et B) donne 4 p. 1000 pour Bornéo et 0,69 pour Sumatra. En effet, pour les premiers, c'était la mort certaine s'ils fuyaient dans la jungle de cette « Sibérie tropicale », — comme un planteur anglais l'a dit spirituellement du British North Bornéo. Tandis que les autres en étaient quittes pour changer de maître et de travail, dans un pays tel que Deli, peuplé et civilisé, où il était facile de vivre sous un nom d'emprunt et avec un faux passe-port. Quelle différence dans le chiffre des suicides de ces malheureux ouvriers avec celui des armées française et autrichienne ou de la population libre de la France.

France	(civils)	0,35 p. 1000.
—	(militaires).	0,23 p. 1000.
Bornéo	—	4,00 p. 1000.
Sumatra	—	0,69 p. 1000.

Armée autrichienne 1,31 (la plus célèbre par ses suicides).

Les ouvriers de North Bornéo ont l'avantage inestimable d'être isolés de la civilisation et par conséquent peu syphilisés en comparaison de leurs camarades de Deli. Les premiers n'ont pas de femmes. En 1892, pour 3500 hommes il y a en tout 30 femmes, appartenant pour la plupart aux fonctionnaires européens ou aux grands dignitaires chinois. Il y a bien à Sandakan, capitale du pays, des maisons publiques exploitées par les « intrépides » Anglais et par les Japonais, mais ils ne pouvaient prétendre y accéder, faute de moyens de communications, et les bateaux à vapeur ne sont pas faits pour eux. Ils ont recours à la sodomie.

Les ouvriers de Deli sont plus heureux qu'eux sans doute, au point de vue des communications avec Médan, mais aussi sont-ils plus syphilisés. Tandis que, pour Bornéo, on voit dans la classe VIII (Syphilis, maladies vénériennes, le chiffre 17,1 p. 1000, à Deli le chiffre est de 28,80 p. 1000).

Ce qui n'empêche pas que les coolies chinois pratiquent la sodomie avec leurs jeunes collègues ; — elle est d'ailleurs inusitée entre Javanais ou Klings.

Dans les cas de syphilis que j'ai observés chez les Européens, la période secondaire est apparue très rapidement après l'accident primitif. Je citerai notamment le cas d'un malade, atteint d'un chancre mou du prépuce apparu 8 jours après le coït et de phimosis opéré par moi. La plaie prit mauvais aspect et quelques jours après apparut l'éruption généralisée. Le traitement vint remettre les choses en place. Dans un autre cas, la roséole apparut 3 semaines après une érosion insignifiante de la verge. Elle se compliqua d'une paralysie faciale qui guérit par la suite. En outre, apparurent de petites gommes multiples sur les jambes, les cuisses et le tronc. Pharyngo-laryngite intense récidivante, plaques muqueuses, crânialgie. Il fallut prolonger le traitement mixte pendant un an.

La syphilis, je l'ai constaté chez plusieurs malades, prend chez les Européens une allure grave et rapide. J'ai vu par exemple un cas mortel évoluer en 3 ou 4 mois. Il s'agissait d'un militaire qui mourut de syphilis cérébrale.

IV

Ulcères et Dermatoses

Plus de la moitié des coolies chinois nouvellement arrivés, ainsi que les indigènes de Java et de l'Hindoustan, sont atteints d'ulcères après quelques mois de travail aux champs de tabac. Ces ulcères siègent à la jambe, souvent au tiers moyen. A mon avis, on doit chercher la cause de cette maladie dans une infection cutanée dont le microbe reste à trouver. Cette peau d'ailleurs est très irritée par le soleil, la poussière, le contact avec des eaux bourbeuses et stagnantes, très impropres même pour les ablutions.

En Chine, les ouvriers ont les jambes couvertes de larges pantalons. A Deli, ils travaillent le corps presque nu, sauf les reins et les organes génitaux qui sont couverts d'un morceau de tissu de coton. Par la nature même du travail, les jambes sont en contact direct et continu avec la terre humide que les ouvriers doivent remuer.

C'est d'ailleurs aux nouveaux venus qu'incombe le travail le plus pénible : faire les routes et couper l'herbe haute. Les Klings, principalement occupés à faire des canaux pour drainer le sol, et qui ont presque toujours les jambes dans la boue, souffrent beaucoup moins des ulcères de jambe que les Chinois. Mais il faut songer qu'ils viennent des Indes anglaises et qu'ils ont la peau plus résistante que les Chinois, originaires d'un climat plus modéré.

Les coolies Chinois se baignent deux fois par jour dans des ruisseaux impurs et fétides. Les petits ruisseaux qui séparent les champs sont chargés de toutes les ordures du

voisinage. Les Chinois se baignent de préférence dans l'obscurité, de 9 h. du soir à 3 heures du matin. Il n'est pas douteux que l'acclimatation au travail spécial des plantations de tabac, les modifications physiologiques apportées par ce fait aux fonctions de la peau, jouent un grand rôle dans la production des abcès et de ces énormes ulcères suppurants qui prennent vite un caractère torpide et calleux. Il n'est pas rare de voir des cas d'abcès multiples sur le corps des Chinois nouvellement venus. Un de mes collègues de Deli pense que ces ulcères sont presque tous spécifiques et ordonne un traitement approprié. Mon opinion, qui est absolument opposée, est basée sur l'action efficace des antiseptiques faibles et sur l'absence de tout commémoratif spécifique.

Beaucoup de ces malades sont employés à porter les feuilles de tabac, à les presser sur les planches avec leurs jambes avant qu'on les mette sous la presse hydraulique ou mécanique. Cette opération est nécessaire pour l'emballage. En conséquence, il arrive que la sécrétion de ces ulcères, spécifiques ou non, imprègne les précieuses feuilles de tabac, lesquelles servent presque exclusivement à entourer les cigares (couvre-feuilles de Sumatra ou Bornéo) et elle doit parvenir au contact des lèvres des fumeurs. Si, en outre, on tient compte des conditions hygiéniques déplorables où se trouvent ces plantations on voit qu'on ne devrait jamais fumer le cigare sans un fume-cigare.

Un coup d'œil sur notre tableau montre la quantité effrayante des ulcères traités dans les hôpitaux civils de Deli. Les jeunes coolies chinois sont atteints dans des proportions très grandes. Le Dr Kolb, qui a observé chez les nègres d'Afrique, dit que ces ulcères sont le véritable cauchemar des médecins. Cet auteur professe au sujet de l'étiologie les idées que je partage. Il dit que sur 100 ulcères il y en a peut-être 99 qui ne sont pas syphilitiques.

C'est un travail vraiment pénible que d'avoir à panser ces ulcères, on doit le faire tous les deux jours au moins, car l'eau

et la poussière souillent rapidement les pansements. Les malades continuant à se baigner quand même, les pansements se défont. En outre, il est impossible de les maintenir au lit. J'ai dû imaginer une sorte de pansement occlusif résistant à l'eau, formé d'une combinaison d'iodol avec la gomme arabique. L'ulcère, nettoyé et râclé au besoin avec une curette tranchante (c'est souvent nécessaire), je couvre la plaie d'une lamelle d'ouate stérilisée, et par-dessus j'applique l'iodol avec un pinceau. De cette façon, les malades pouvaient se livrer à leurs travaux habituels, leur plaie étant à l'abri de toute irritation ou traumatisme extérieur. Après bien des tâtonnements je me suis arrêté à la formule suivante : iodol 5 gr., glycérine pure 0.50, poudre de gomme arabique 1 gr., alcool absolu 35 gr. Cette préparation se solidifie très vite à l'air et m'a donné de bons résultats dans des ulcères de 2 à 6 centimètres de diamètre.

Ce pansement est léger et d'autant plus recommandable à ce point de vue que la plupart des malades en ces pays tropicaux sont porteurs, sur toute la surface du corps, d'un certain nombre de ces ulcères qui, comme je l'ai dit, ont des abcès multiples pour origine.

Outre la furonculose et les abcès, le « tinea imbricata », appelé par les Anglais et les Hollandais « ringworm », frappe encore les Chinois et les indigènes.

Le pityriasis versicolor n'est pas rare chez les Européens.

La première est absolument caractérisée par une éruption recouvrant une large partie de la peau et des squames sèches comme du papier, disposées en lignes concentriques.

L'acide chrysophanique en pommade est le spécifique de ces deux dermatoses que l'on rencontre fréquemment, comme le dit M. Manson, dans l'archipel oriental et dans les îles du Sud du Pacifique.

V

Vers intestinaux

Les parasites intestinaux sont très fréquents dans la population indigène et même, en certaines régions, chez les Européens. A Deli, par exemple, presque tous les employés européens ont le « tænia mediocanellata ». On l'expulse facilement par l'écorce de grenadier ou par l'extrait de fougère mâle. Le meilleur moyen est de les combiner à des doses fractionnées de calomel. Les Européens à Deli sont très amateurs de viande de bœuf peu grillée, presque crue. De là vient la fréquence du tænia.

Le Dr Van Den Burg dit : « A Magelan (n.-e. de Java), le tænia mediocanellata était, il y a quelques années, très répandu » ; et Dr Luchtmans donne à la page 387 de partie XII. Geenes. Tijd. r. N. I. une étude intéressante qui montre que le tænia peut se propager par l'eau qui circule dans les canalisations des rizières. Les bœufs boivent cette eau et transmettent le tænia à l'homme qui les consomme. Sur les bords du fleuve Kinabatangan, qui compte aussi de nombreux Européens, je me rappelle avoir observé peu de cas de tænia. La viande fraîche de bœuf est rare à Bornéo : on mange surtout des poulets importés de Hongkong.

Les indigènes pensent que beaucoup de maladies sont causées par des vers.

Des différentes variétés de plathelminthes c'est le tænia mediocanellata qu'on rencontre le plus souvent aux Indes néerlandaises ; puis le « bothriocephalus latus » trouvé chez les

nouveaux débarqués dans l'archipel, puis le « tænia solium ». Parmi les nématodes c'est : l'ascarie lombricoïdes, puis l'oxyuris vermicularis, le trichocéphale dispar et enfin l'ankylostome duodénal.

Les autres sont plus rares. Dans les autopsies, j'ai souvent trouvé des ascaris, isolés ou multiples, dans le canal intestinal. Il ne faut pas douter que la plupart de ces parasites soient une cause d'anémie grave avec cachexie consécutive, comme ont pu en observer des collègues de Deli, mais je crois que ces cas sont rares et n'ont pas grande importance au point de vue de la morbidité. — MANSON fait justement remarquer, en parlant du Beri-Beri : « Si le médecin examine les selles de ces malades, il trouve, dans plus de la moitié des cas, des œufs d'ankylostome duodénal ou de trichocéphale dispar. On peut donc penser à des cas d'ankylostomasie, mais avant de porter son diagnostic, il doit examiner comment se comporte le reste de la population à l'égard de ces parasites.

« Il verra alors qu'ils sont aussi répandus en dehors qu'en dedans de l'hôpital, chez les individus normaux que chez les malades. »

« Presque tous les enfants indigènes sont atteints de vers intestinaux et en rejettent souvent de grandes quantités par les selles » (Dr VAN DEN BURG). Quelques médecins ont voulu voir dans ces nématodes, surtout dans les ankylostomes, la cause du Beri-Beri ; mais cette théorie, comme celle qui incrimine la mauvaise qualité du riz, sont, à juste titre, absolument rejetées par les médecins tropicaux dont la science fait autorité.

Toutes les autres maladies de Sumatra seront esquissées dans les courts extraits de mon journal, qui suivent la partie générale.

Au mois d'août 1893 je suis parti de Bornéo à destination de Deli. En passant à Singapour, j'ai visité l'hôpital principal (*General Hospital*). C'est un beau monument en briques à deux étages, contenant des salles spacieuses très bien aérées comme

il importe qu'elles le soient dans un hôpital des pays tropicaux.

Des sœurs de charité de diverses nationalités y font l'office d'infirmières. J'eus la chance d'assister, durant ma visite, à une laparotomie exploratrice faite sur un Chinois de 45 ans, atteint d'une tumeur maligne au niveau du mésogastre; c'était un sarcome du grand épiploon. En sortant du sommeil chloroformique après l'opération, le Chinois n'eut rien de plus pressé que de demander sa pipe d'opium pour calmer ses douleurs. L'opium, on le sait, est pour le Chinois un remède infaillible et universel.

Il y a à Singapour dix hôpitaux pour 200. 000 habitants, plus un asile d'aliénés admirablement installé et des hôpitaux spéciaux pour les lépreux et les varioleux. En 1891, la morbidité pour 1000 habitants était de 27, 5 et la mortalité de 4, 1 pour les maladies infectieuses et miasmatiques en général. Le Beri-Beri tenait le premier rang; les fièvres palustres ne venaient qu'après. Singapour est relativement favorisé au point de vue du paludisme. Partout et toujours le gouvernement colonial anglais est à la hauteur de ses devoirs en fait d'hygiène publique et d'assistance médicale. Si l'état de la santé publique est déplorable à Bornéo-anglais, principalement dans les plantations, il ne faut pas oublier que le Nord-Bornéo appartient à une Compagnie privée et qu'il est seulement sous le protectorat de l'Angleterre. L'état social de cette colonie est encore très primitif, et bien près de la sauvagerie. Tous les efforts du gouvernement local ne tendent qu'à un seul but : faire payer les obligations (shares) de la Compagnie, et c'est souvent au détriment des ouvriers coolies, véritables pionniers du pays, que la protection du gouvernement s'exerce sur les planteurs européens.

JOURNAL

Année 1893

14 août. — Je partis de Singapour à 5 h. du soir avec des coolies, Chinois, Javanais et Klings, et j'arrivai à 10 h. du matin le 16 août à Belawang, porte de Déli ; je pris un chemin de fer qui met une heure pour aller à Médan, ville centrale de Deli, et traverse des plaines marécageuses, couvertes d'eaux stagnantes. Belawang est connu par ses fièvres pernicieuses et les matelots qui doivent y séjourner ont beaucoup à en souffrir.

Dans les premiers jours de septembre 1893 je pris la direction du service médical de la Compagnie A.... à Deli.

Les plantations étaient toutes dans le district de Deli proprement dit. Il y avait cinq plantations au centre desquelles étaient l'hôpital central et mon habitation.

La dernière de ces plantations, que nous appellerons n° 5, était à 4 heures de marche de Belawang et les deux premières n° 1 et n° 2 plus proches des montagnes de Battaks.

27 septembre. — Une fois par semaine je fais une visite aux plantations dont 3 sont d'un côté, 2 de l'autre côté de l'Hôpital Central. J'y trouve d'ordinaire 10 à 20 malades qui sont traités par les assistants planteurs. Chaque plantation possède une petite pharmacie avec les indications nécessaires pour s'en servir. Je fais choix des malades les plus atteints pour l'hôpital central dont la plantation la plus éloignée est à 16 kilomètres. Il y a des jours où j'ai à voir avec l'assistant planteur 40 à 80 malades. Celui-ci assiste toujours à la visite quand ce n'est pas le planteur lui-même.

Chaque plantation a une population flottante de 1.000 ouvriers. Si les paresseux ou les délinquants n'étaient pas punis, par le planteur ou son assistant, d'une façon toute spéciale, on les envoyait à la prison de la sous-préfecture la plus proche d'où ils sortaient d'ordinaire avec le Béri-Béri ou la dysenterie.

Les prisons du gouvernement et les hôpitaux infectes sont seuls

à propager cette maladie funeste contre laquelle la thérapeutique est aussi impuissante que contre la tuberculose.

Les ouvriers le savaient très bien et craignaient beaucoup d'être incarcérés dans les prisons du gouvernement.

Pour ma première opération j'extirpe une adénome. — Castration double chez un Chinois pour tumeur maligne. — Quelques cas d'influenza. Une Javanaise, maîtresse d'un Européen, accouche de deux jumeaux. En général, les femmes de l'archipel malais, les Javanaises surtout, se lèvent le jour de la délivrance, et vont se baigner au plus proche ruisseau.

Chez les femmes qui ont eu des enfants, on constate souvent des traces de déchirures considérables du périné, ce fait montre l'insuffisance des notions obstétricales des sages-femmes indigènes. Toute leur assistance se borne au massage du ventre pendant le travail (pitjet). En outre elles placent une feuille de banan avec le riz ou les autres ingrédients de la cuisine javanaise entre les jambes de la parturiente. Elles font à l'enfant une invitation cabalistique d'avoir à sortir le plus tôt possible. Après l'accouchement, elles font autour du ventre un bandage compressif avec la longue et large écharpe qu'elles appellent *slendang*.

Le prolapsus utérin est fréquent après une ou deux grossesses.

On enterre placenta et annexes pour écarter tout malheur de l'enfant.

La sage-femme pratique après la délivrance un massage énergique sur la paroi abdominale.

Les mères allaitent leur enfant pendant un temps illimité. Il n'est pas rare de voir un enfant de 3 ou 4 ans encore pendu aux mamelles de sa mère.

Trois jours avant mon arrivée à la plantation n° 4, une femme malaise avait accouché ; elle n'appartenait pas à la plantation. Je trouve une rétention du placenta. Refus absolu d'une intervention quelconque, de la part d'un médecin européen.

Deux ouvrières javanaises récemment arrivées de Java sont envoyées à l'hôpital comme atteintes de folie ; on disait qu'une d'elles avait été arrachée à ses enfants et vendue par les agents commissionnaires des coolies. Parmi les nouvelles arrivées de ces jours derniers, qui ont été soumises à mon examen, j'ai constaté qu'il y avait des fillettes de dix à douze ans.

9 novembre. — Un malade javanais refuse obstinément de prendre toute nourriture en disant qu'il veut mourir ; à l'examen objectif on constate seulement une faiblesse extrême et de l'oppression, état de mélancolie profonde, inanition générale. La mort survient

au bout de quelque temps, c'est un exemple de ces types d'ouvriers qui refusent de travailler. L'autopsie ne fut pas faite.

Les pluies continuent les jours et les nuits sans interruption, les indigènes assurent que, depuis vingt-six ans, ils ne se rappellent pas avoir vu des averses pareilles. Les routes sont presque impraticables pour les chevaux et les voitures, plusieurs ponts ont été emportés et les petits ruisseaux forment de véritables fleuves.

15 novembre. — La forme de folie des deux femmes dont j'ai parlé, le 27 septembre, est l'hypocondrie profonde; elles sont tranquilles et absolument inoffensives pour leur entourage, c'est le caractère général des maladies mentales des indigènes de cet archipel. Il faut excepter une forme de manie aiguë appelé « l'amok », caractérisée par une surexcitation psychique suraiguë et s'observe chez les sujets déséquilibrés par l'opium, par préférence.

17 novembre. — A ma visite à la plantation n° 3, j'ai trouvé quelques femmes javanaises souffrant de la fièvre paludéenne rémittente (coloration jaunâtre des téguments et de la sclérotique) ; mais malgré cet état pathologique manifeste, elles s'obstinent à vouloir continuer leur travail et ne pas aller à l'Hôpital.

Et cependant la température axillaire est de 38° et la rate très appréciable à la palpation. En entrant à l'Hôpital, en effet, l'ouvrier des plantations de tabac, perd le maigre salaire de son travail journalier. Bien plus quelques planteurs (heureusement peu nombreux) les obligent à payer les frais d'hospitalisation, en retenant une certaine somme sur leur solde : c'est le cas à Nord-Bornéo. Il ne faut pas oublier ces faits lorsque l'on étudie les données comparées fournies, d'une part par la statistique de la morbidité dans la classe ouvrière aux Indes et, d'autre part, celle des troupes locales régulières.

En effet, le soldat aux Indes a intérêt à se déclarer malade, à se faire recevoir à l'hôpital, dès qu'il se sent indisposé, même légèrement. Tandis que l'ouvrier ne se déclare malade que s'il n'a plus littéralement la force de se tenir debout.

Cela explique bien les chiffres considérables de la morbidité dans notre tableau C relativement aux chiffres des tableaux A et B. En revanche, en ce qui concerne la mortalité, les chiffres de ces mêmes tableaux sont en sens inverse (très considérable chez les ouvriers, beaucoup moins chez les militaires des Indes Néerlandaises).

Le caractère de la maladie est manifestement le même chez ces deux groupes d'individus, qui tous deux ont une composition hétérogène. En 1894, les troupes aux Indes Néerlandaises se composaient de : onze mille six cent trente et un Européens, soixante-huit Africains et vingt mille huit cent trente-deux Asiates (indigènes

de l'archipel malais). Les ouvriers des plantations à Bornéo, sur le fleuve de Kinabatangan se composaient de : deux mille cinquante-trois Chinois, et environ mille indigènes de l'Archipel. Les ouvriers de Sumatra, dans les cinq plantations de Deli, où j'étais médecin en 1894, comprenaient : trois mille cinquante-deux Chinois et à peu près mille deux cents indigènes de l'Archipel. Les Européens et les individus non indigènes formaient donc dans l'armée plus de la moitié ; tandis que pour les ouvriers, les Chinois les deux tiers ou les trois quarts de la masse.

Les chiffres de nos tableaux statistiques comparés indiquent l'influence incontestable de la profession agricole et la différence énorme des conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent actuellement, aux Indes Néerlandaises, les soldats et les ouvriers laboureurs.

20 novembre. — Les pluies commencent à diminuer à l'approche de la pleine lune ; c'est la première fois depuis cinq ou six semaines que je puis distinguer, en face de ma demeure, la cime des montagnes de Battaks. Il est tombé 500 mm. de pluie dans le dernier mois, c'est la quantité moyenne annuelle en Allemagne.

Il est entré à l'Hôpital un Kling de 45 ans, avec un cancer du pénis assez avancé, il refuse d'être opéré, malgré la souffrance qu'il éprouve pendant une miction des plus difficiles ; mon assistant, un Kling aussi de Madras, qui est en même temps distributeur des médicaments, m'assure que les Klings, par une superstition inébranlable, croient qu'ils doivent mourir s'ils viennent à perdre leur membre viril, ce n'est (*24 novembre*) qu'après de longues exhortations de son compatriote qu'il se soumet à l'opération. Amputation totale de la verge, sous chloroforme, pas d'accidents, ni de complications. Mais aussitôt après son réveil du sommeil narcotique, le malheureux est dans un état manifeste de dépression et de mélancolie. Il est sous l'influence d'une auto-suggestion intense, car il n'y a aucune raison physique pour expliquer cet état. Depuis l'opération tout est normal, la plaie a très bel aspect, elle est nette et sans réaction inflammatoire.

Au 6[me] jour les sutures sont enlevées et le malade urine normalement sans catheter. Malgré cela, à mon étonnement le malade s'éteint le 8[me] jour, ses forces et ses fonctions vitales s'étaient épuisées progressivement et sans aucune réaction extérieure.

25 novembre. — Une malade javanaise, ancienne danseuse, atteinte de folie, avec loquacité, a pris par manque de surveillance une dose de 0.30 cgr. d'opium en poudre, elle n'éprouve aucun effet manifeste pas même de tendance au sommeil.

4 décembre. — Visite à l'Asile des coolies à Médan. — Trois

bâtiments en pierre, très spacieux et bien entretenus. Les pensionnaires sont au nombre de deux cents. Cet asile a été fondé dans ces dernières années par la « Société des Planteurs de Deli ». Cette société en a fondé un pour les mutilés, aveugles, aliénés, etc., et un autre pour les lépreux; à ce premier asile était adjoint un bureau central chargé de tout ce qui concernait l'immigration et le rapatriement des coolies. « Immigranten Bureau ». Entre autres destinations, ce bureau se chargeait d'organiser en Chine des agences pour l'engagement des coolies; jusqu'ici ces engagements étaient faits par les ignobles petits agents, qui soulevaient dans les presses anglaise, américaine et même hollandaise des cris d'indignation; il m'est impossible d'apprécier jusqu'à quel point la « Société des Planteurs de Deli » y a réussi, mais le désir même de venir en aide à ces ouvriers, « les esclaves modernes » — comme on les appelle souvent, mérite d'être loué.

Dans les trois bâtiments de l'Asile des mutilés, on trouve des aveugles, des paralytiques, des blessés. La conjonctivite blennorrhagique est ici la cause principale de la cécité. Quelques-uns de ces malades auront peut-être la chance de retourner en Chine ou à Java; presque tous travaillent, font des carpettes de rotans ou de bambous, ils gagnent 0.05 centimes, soit un sou par jour. L'intelligent directeur de cet institut — vraiment philanthropique — me laisse une impression des plus favorables.

20 décembre. — J'admets d'urgence à l'hôpital un Chinois coolie, moribond. Son dos, depuis la nuque jusqu'à la ceinture, présente des sillons rouges dus aux coups de rotan, le malheureux a en même temps une diarrhée qui l'épuise et qui est probablement en rapport avec un empoisonnement dont je ne puis trouver l'origine. Ce malade refuse obstinément de prendre aucun remède. Dans la soirée, il a tout de même la force d'atteindre les puits de l'Hôpital, situés à vingt pas de la place, on le trouve mourant quelques heures après sur les dalles des puits.

Visite à l'hôpital militaire de Médan.

Forteresse basse et insuffisante pour les militaires malais, javanais et européens; maladies prédominentes : malaria, Béri-Béri, maladies vénériennes, syphilis. Chez le chef de cet hôpital, j'ai rencontré un « doctor djava » médecin javanais de l'Ecole médicale de Batavia (les cours durent 5 ans); cette école rend de grands services à la population indigène, elle est bien dirigée par nos collègues militaires des Indes Néerlandaises.

Il est curieux de remarquer que les collègues javanais doivent porter comme nos paysannes le mouchoir sur la tête. Ils ont des che-

veux longs à faire envie à nos dames de l'Europe, et portent le sarong, espèce de jupe indigène.

En restant indigènes, ils sont obligés par la loi de porter les habits des Javanais.

Année 1894.

2 janvier. — Une Javanaise syphilitique, soignée à l'hôpital, trouve le traitement trop long et s'enfuit.

Querelle mortelle de deux Chinois dans l'hôpital. Mon assistant Kling craint pour sa sécurité à cause de l'esprit hostile des malades; il demande des armes à feu.

Dans le courant de l'année, rien ne justifiait les craintes exagérées de mon digne collaborateur, élève des Ecoles médicales anglaises des Indes; il accomplit d'ailleurs régulièrement et consciencieusement son devoir et m'aide à remplir la tâche difficile, souvent très ingrate, de diriger cet hôpital de coolies. Mais il est souvent craintif et supporte mal les exigences des sujets qui n'appartiennent pas à son pays. Outre cet assistant, comme infirmiers ou aides, tout mon personnel hospitalier se compose d'un Chinois et d'un Javanais, je les ai choisis parmi les plus intelligents de mes malades convalescents.

Il est intéressant de comparer les 2 types d'infirmiers : le Chinois et le Javanais. Le Chinois, A-Hong, est plus intelligent que le Javanais. Ils sont à peu près du même âge, et tous deux sont entrés comme malades à l'hôpital. Même le Chinois m'aide depuis quelques mois à faire les autopsies, d'une façon satisfaisante. Sous la surveillance de mon assistant pharmacien, tous deux font ce qu'exige de travail un hôpital de 80 à 150 malades avec une pharmacie importante. Mais le Chinois, tout ce qu'il gagne en travaillant, il le perd au jeu de cartes ou à une sorte de jeu de dominos. C'est une passion commune aux ouvriers chinois dont les Européens ne manquent pas de profiter sous forme de licences, monopoles, etc. L'autre infirmier, le Javanais Sariman, dépense tout son argent avec les petites Javanaises de l'hôpital. Autant le Chinois est vif, sanguin, emporté, autant le Javanais est paresseux et indolent. Ce sont là les caractères différenciers du Chinois et du Javanais en général. En tous cas tous deux rendent de grands services à l'hôpital. En traitant les indigènes avec indulgence, en s'armant de patience, on peut faire de précieux infirmiers.

C'est peu pour une quantité de malades qui atteint souvent le chiffre de 150 à 160. C'est un personnel restreint, mais à la guerre

comme à la guerre. Car c'est une véritable guerre quotidienne, qu'un médecin de plantations aux colonies doit mener et cela sans autre récompense possible que la conscience du devoir accompli. Il doit lutter contre des ignorants, des hommes défiants, malintentionnés contre tout Européen, ces « esclaves modernes » que l'on appelle les coolies, les malades eux-mêmes des hôpitaux. Ceux-ci essayent à chaque instant de tromper le médecin et emploient derrière son dos tous les remèdes clandestins payés cher à leurs compatriotes voleurs et charlatans. Il doit lutter souvent contre leurs maîtres, ceux-ci sont souvent incapables de comprendre qu'ils ont intérêt à avoir une bonne et honnête organisation médicale, ils sont quelquefois en effet d'une éducation insuffisante et toujours instinctivement en état de défense contre « leurs ennemis » les coolies; le médecin est toujours placé entre deux difficultés : ses intérêts personnels et son devoir.

Reçu aujourd'hui une troisième Javanaise atteinte de folie, elle chante, pleure et crie. L'hôpital n'a pas de salle d'isolement pour cette catégorie de malades. Pendant les 4 premiers mois de mon séjour dans cet hôpital, j'ai eu trois Chinois et 3 Javanaises atteints de maladie mentale, deux des hommes sont morts, les autres malades ont été envoyés à Java ou à l'asile de Médan; lorsqu'on ne connait pas la langue, il est bien difficile de faire un diagnostic quelconque dans les cas de ce genre; dans un de ces cas, il s'agissait d'un Chinois reçu à l'hôpital avec un délire maniaque nécessitant la camisole de force; la température quelques heures avant la mort atteignait 40°; peut-être s'agissait-il ici d'une forme de manie paludéenne. Le paludisme, outre les causes morales et sociales, joue aux pays chauds un rôle prépondérant dans l'étiologie des maladies mentales.

9 janvier. — Le matin, à 6 heures, la température est de 17° c.; l'après-midi, à 5 heures, de 23° à l'ombre. J'envoie à l'asile de Médan 2 Chinois atteints de maladies incurables, l'un est un phtisique au troisième degré, l'autre un paludéen cachectique très avancé, atteint en outre de marasme sénile.

Aspect misérable des ouvrières javanaises de la plantation n° 3, coloration gris jaunâtre de la peau, face maigre, cachectiques. L'opinion de l'administrateur de cette plantation est que ces femmes travaillent jour et nuit, le jour avec leurs mains, la nuit avec leur corps.

Le soir, j'entends de chez moi, à quelques pas de l'hôpital, les cris d'un Chinois qui est atteint d'empoisonnement chronique par l'opium, il a de l'ascite avec œdème généralisé, je lui donne une forte dose de morphine, pour calmer ses douleurs (douleurs généralisées sans localisation précise), il n'a pas de contracture, ni de

paralysie; la dose de morphine est de 0,03 c. répétée quelques fois par jour, c'est le seul remède efficace pour adoucir les dernières heures de ces malheureux.

19 janvier. — Un cas de paludisme chronique d'emblée chez un nouveau né, issu à terme de parents sains et élevé au biberon avec le lait stérilisé. L'évacuation seule dans une région relativement libre du paludisme a pu arrêter la cachexie progressive. L'amaigrissement progressif et l'arrêt général de croissance étaient les seuls signes objectifs d'infection paludéenne.

26 janvier. — Sur les prières réitérées d'un Chinois, je l'autorise à fumer de l'opium, sans quoi il va mourir. J'ai interdit absolument, dans l'hôpital, l'usage de ce poison, qui remplace l'alcool de nos climats tempérés. A ce malade je l'administrais sous forme de poudre à dose fractionnée de 0,01 c. deux à cinq fois par jour; de cette façon je pouvais au moins constater la dose qu'il supporte.

8 février. — Pendant quelques jours, chaleurs insupportables, très pénibles pour les malades.

15 février. — Extirpation chez un Chinois d'énormes masses ganglionnaires dans l'aine, hémorragie intense.

Un cas de lèpre chez un Européen; l'histoire de ce malade semble indiquer une contagion : cinq ou six ans auparavant, son cuisinier avait été reconnu atteint de la lèpre, la maladie a commencé par une infiltration de la peau au milieu du front et du dos du nez, coloration rouge bleuâtre des oreilles, suivie d'une éruption de nodules sur toute la surface du corps.

Suicide d'un coolie chinois par pendaison, c'est le mode le plus en vogue chez les sujets du Céleste Empire.

21 février. — Peu de pluie ces jours derniers, les puits artésiens de l'hôpital, qui demandent une grande quantité d'eau, ne marchent pas. On autorise les malades à aller se baigner dans un ruisseau situé auprès du cimetière, que j'ai fait établir à 100 ou 150 pas de l'hôpital; jusqu'ici on enterrait les morts de l'hôpital un peu partout ou même on les jetait simplement sur le sol : dans le latang (herbe haute). Chaleur intense : à 3 heures de l'après-midi la température monte à l'ombre jusqu'à 35° ou 36°, les matinées sont assez fraîches, la température s'abaisse jusqu'à 25° ou 26°.

Quelques cas de diarrhée chez les enfants européens, le meilleur remède est le calomel à dose fractionnée de 0.001 milligrammes plusieurs fois dans la journée.

5 mars. — Suicide d'un Chinois par pendaison, c'est le 2me cas de cette année dans la même plantation. Un Chinois a déserté l'hôpital en disant à l'infirmier qu'il aime mieux mourir dans la jungle, que de risquer d'être autopsié après sa mort.

La vaginite blennorrhagique est presque la règle chez les ouvrières javanaises.

2 avril. — Les Chinois sont assez courageux pour supporter les opérations, j'ai fait aujourd'hui une incision profonde au lieu d'élection dans le lobe droit du foie pour ouvrir un énorme abcès, le malade a refusé le chloroforme et supporte l'opération sans cris, ni lamentation.

24 avril. — La nourriture ordinaire des malades de l'hôpital consiste principalement en riz, poisson séché ou salé : *ikan parai, gaboos et kakap*, en outre, une sorte de sauce (sayor) préparée avec des légumes et qu'on leur donne deux fois par jour; deux fois par semaine ils reçoivent du porc salé et deux fois par mois du porc frais, les jours de fêtes (hari-besaar); pour les malades gravement atteints la nourriture se compose de potage maigre, d'œufs salés et de lait en conserve, et les derniers mois on a pu leur donner du lait frais de vache; du thé et de l'alcool sous forme de brandy et de whisky.

Il fallait soutenir une lutte constante et bien pénible pour s'assurer que les malades recevaient la portion de riz ou de poisson qui leur était due. Ceci suffira pour faire comprendre les difficultés de ma tâche, quand je dirai que j'étais souvent obligé de faire peser le riz et le poisson en ma présence et prendre une garde spéciale qui assistait à la distribution quotidienne de la nourriture.

Connaissant bien la méfiance des indigènes et principalement celle des Chinois et des Javanais pour tout ce qui sort des mains des Européens, je fis établir une sorte de pharmacie roulante, et j'obligeai les malades à prendre en ma présence les remèdes préparés d'avance (mixtures, poudres ou pilules). C'est seulement après une lutte d'une année, alors que j'avais acquis en partie la confiance de ces hommes, vraiment deshérités (1), c'est au bout d'un an, dis-je, que je pus confier aux mains de chaque malade les prescriptions individuelles nécessitées par leur état.

25 avril. — L'hôpital est actuellement au complet, il y a 160 malades, des Chinois surtout, des Javanais, des Klings, et enfin des Malais. La syphilis, la fièvre palustre, la dysenterie, les paralysies, les ulcérations des jambes forment le contingent habituel. Tout est calme dans l'hôpital, aucune rébellion ou protestation, les malades commencent à comprendre que c'est dans leur intérêt que nous tra-

(1) La culture du tabac est en effet plus fructueuse que les mines d'or de l'Amérique. Les planteurs font produire à leurs capitaux jusqu'à 200 et 300 pour 100.

vaillons. La défense de fumer l'opium, la chasse impitoyable aux voleurs qui rôdaient autour de l'hôpital m'ont donné les plus grands soucis. Ainsi donc le médecin peut arriver à conquérir la confiance des malades indigènes et les arracher aux mains de leurs ignorants sorciers, mais il faut prendre pour principe absolu de traiter les malades indigènes quels qu'ils soient comme des Européens, faire son devoir envers eux, comme on le ferait en Europe pour la clientèle privée ou dans un hôpital bien organisé.

Les planteurs de toutes nations mènent une lutte économique avec ces ouvriers libres, mais en réalité vrais esclaves modernes de la fin du siècle; lutte souvent acharnée et pas toujours honnête. Les médecins doivent rester dans une rigoureuse neutralité, mais malheureusement ce n'est pas toujours le cas.

2 mai. — On apporte un Javanais qui est tombé sous les roues d'un chariot traîné par des bœufs; il s'était endormi sur le siège, le cuir chevelu est divisé en deux parties d'une oreille à l'autre, on pourrait retrousser le lambeau antérieur sur la face, on peut dire que c'est un homme scalpé; le périoste n'est pas atteint mais complètement dénudé dans la région des pariétaux (soins antiseptiques, nombreux points de suture), le malade peut sortir au bout de 10 jours, complètement guéri, ce qui montre la guérison rapide des plaies ou blessures chez les Chinois et les indigènes des pays chauds. J'en ai vu des exemples encore plus frappants à Atchine, (Nord, Sumatra), en 1884, un Chinois attaqué par les Atchinois, qui étaient en guerre avec les Hollandais, fut blessé grièvement à coups de klévang (sorte de sabre indigène à lame large et très coupante), le malade a eu plusieurs articulations ouvertes, notamment l'épaule gauche, en plusieurs points de la voûte crânienne les téguments sont détachés, nombreuses blessures sur toutes les parties du corps, y compris le ventre; il est littéralement haché. Le croyant mort, les Atchinois le laissèrent sur la grande route près de Kota-Radja (ville principale d'Atchine). Le fils du Céleste Empire n'était pas mort cependant, revenu à lui après le départ de ses adversaires, il se bourra de terre toutes ses plaies et arrêta ainsi l'hémorragie, il parvint après de grands efforts à se traîner jusqu'à la porte de la forteresse.

Il s'écoula plusieurs heures avant qu'on ne le vît et qu'on le transportât à l'hôpital. On eut beaucoup de difficultés à laver les plaies, l'antisepsie complète étant impossible par le nombre des blessures très larges. Les sutures étaient prises et mon Chinois, au grand étonnement de mes collègues, médecins militaires, qui le traitaient, était guéri en 3 semaines avec une gêne des mouvements des articulations blessées. (Le bourrage des plaies ouvertes et sai-

gnantes avec de la terre est assez répandu chez les indigènes et les Chinois, cependant, on voit ici rarement des cas de tétanos (comme dans notre cas.)

Mastite aiguë droite chez une ménagère japonaise, ancienne pensionnaire d'une maison publique (c'est le stage ordinaire des maîtresses japonaises, très en vogue à Déli), formation d'un abcès, incision, cause ignorée. Guérison en quelques jours.

28 mai. — Accroissement des cas de dysenterie et de diarrhée aiguë cholériforme. Mesure d'isolement et de désinfection des selles de tous les cas suspects d'infection intestinale de l'hôpital : pour les water-closets communs la désinfection avec la chaux et le sulfate de cuivre à 5 pour 100; pour les tubes séparés de la salle d'isolement sublimé en solution à 1 pour 1,000 et acide phénique à 5 pour 100 pour le lavage des tables en bois, qui avec une petite carpette (tiker) en rotan ou en paille et un morceau de bois allongé, formant coussin, était la garniture du lit des hôpitaux. C'est la simplicité même, mais ce système est très avantageux au point de vue hygiénique, notamment pour la désinfection, qui se fait d'une façon régulière une fois par semaine, mesure importante dans les hôpitaux des coolies. Lavage des salles et des murailles avec la solution de sublimé.

Les mêmes mesures ont été plus rigoureusement appliquées, pendant l'épidémie de choléra, qui ne tarda pas à être apportée à Déli par les coolies chinois au mois d'août de l'année suivante (1895); avec cette différence que les malades n'étaient pas transportés à l'hôpital, mais soignés sur place et dans le plus grand isolement.

3 juin. — Chaleur insupportable, poussière fine autour de la maison formant comme un nuage.

Autopsie d'un cas d'abcès du foie, chez un Chinois. L'exploration pendant la vie avec un trocart court n'a pas donné de résultat, l'abcès était profondément encapsulé dans la partie postérieure du foie et séparé par un tissu sain d'une épaisseur considérable de la paroi thoracique. Indication précieuse : rechercher les abcès du foie avec un long trocart, comme par exemple l'aiguille de l'aspirateur de Dieulafoy. C'est le deuxième cas d'abcès du foie, chez les Chinois, que j'observe ici. Il est intéressant de noter que les Chinois ne boivent presque pas d'alcool (dans ce pays) et en général mangent peu de choses irritant les voies gastro-intestinales (deux causes sur le compte desquelles l'on met généralement l'origine des abcès du foie dans les pays chauds).

Dans quelques cas les traces ou cicatrices du gros intestin, du rectum principalement, révèlent la cause de ces abcès, qui est une ancienne dysenterie.

Mort relativement rapide d'un tuberculeux, jeune Chinois récemment arrivé de la Chine. Pressentiments de sa fin prochaine, il attend la mort avec tranquillité.

10 juin. — L'augmentation des cas de lèpre commence à préoccuper l'opinion publique, aux Indes Néerlandaises. La déclaration des Compagnies des Messageries locales porte qu'elles ne prendront pas sur leurs bateaux des passagers affectés de cette maladie.

15 juin. — Pluies abondantes ces derniers jours, l'augmentation de la dysenterie et des gastro-entérites aiguës, notée le 28 mai, cesse d'exister depuis le commencement des pluies.

21 juin. — Autopsie de deux cas de dysenterie chronique, ulcération et atrophie considérable des parois du gros intestin.

Mort d'un enfant de dix mois de dysenterie chronique compliquée d'ulcérations de l'arrière-gorge, ulcérations non enflammées (aphtatropica, entéro-colite?) 2 ou 3 attaques consécutives avant la mort.

La mort de l'autre jumeau de la même famille présente le même tableau que chez le premier avec addition d'une haute température et les symptômes d'une pneumonie congestive.

Nouvelle arrivée de coolies chinois venant directement de leur pays, ces individus présentent à leur arrivée une apparence de bonne santé, ils sont robustes et forts. En général, ils ne fumaient pas l'opium auparavant. Mais quelques mois après, leur aspect change, la peau de la face devient pâle, jaunâtre, et ils maigrissent très vite, ils ne tardent pas non plus à fumer l'opium, qui montre vite ses influences fâcheuses; d'énormes ulcères sur les jambes, des abcès multiples viennent s'ajouter à ce tableau. Il est arrivé qu'ils emportent souvent de Singapour ou des bateaux de transport une conjonctivite aiguë suppurée sans gonocoques, conjonctivite très contagieuse, cédant très vite à l'instillation de 2 0/0 de nitrate d'argent.

J'ai reçu aujourd'hui un cas de choléra asiatique sporadique de la même plantation d'où venait la petite épidémie de dysenterie et de gastro-entérite cholériforme. On le transporta à l'hôpital dans un chariot ouvert avec 4 autres malades; un atteint de dysenterie aiguë, deux avec une gastro-entérite aiguë et le quatrième avec une fracture de la patelle droite. Le tendel (gardien), surveillant chinois, a voulu battre le jeune coolie qui est tombé sur son genou droit sur une pierre et s'est fait une fracture transversale.

Le malade atteint du choléra asiatique est mort le même jour. Autopsie faite quelques heures après sa mort; on a trouvé : des selles riziformes caractéristiques dans le gros intestin, les intestins grêles très hypérémiés, le cœur vide en systole, — congestion des reins, le foie graisseux par places et la rate un peu tuméfiée.

Ces nouveaux cas d'infection intestinale m'ont obligé de visiter

les baraques d'où venaient ces malades, et j'ai trouvé des baraques de bois très malpropres; les planchers des baraques sont à moitié pourris et très sales, l'eau stagnante dans les parrits, les entourait, les coolies y urinent et y jettent les restes de leur cuisine. Il faut bien s'étonner que cet état ne détermine pas plus de cas d'infection. J'ai donné le conseil d'évacuer ou au moins de les désinfecter avec le plus grand soin. Je n'ai pu trouver l'origine de ce cas isolé de choléra.

Il faut savoir que le choléra asiatique est endémique aux Indes néerlandaises et les cas isolés ne sont pas rares dans les grandes villes (1).

La preuve est la malpropreté, l'absence totale d'hygiène dans la ville de Canton, que j'ai visitée en 1896, les rues étroites sans air et sans lumières, les cadavres de chiens, les ordures de toutes sortes s'étalent au milieu de ces voies, et malgré cela la rareté des épidémies dans cette ville vient à l'encontre de toutes nos théories modernes de l'hygiène.

3 juillet. — Des pluies torrentielles accompagnées d'éclairs et de tonnerre tombent, principalement le soir, ces derniers jours.

J'ai eu la nuit dernière une légère attaque de diarrhée cholériforme, diarrhée fréquente, crampes aux mollets, légère douleur dans l'épigastre, pas de vomissements. Diète sévère, quinine et je me rétablis promptement.

Admis aujourd'hui à l'hôpital un Kling, atteint de kératite diffuse avec hypopyon de l'œil droit, étiologie absolument absente.

Atropine et compresses chaudes : guérison rapide.

A la consultation est venu un Européen de Java atteint d'une hypertrophie et palpitations de cœur, sans aucune étiologie évidente; 15 ans dans les pays chauds, effet d'acclimatation probablement. Le seul remède efficace est la défense de fumer et la modération dans l'emploi des boissons alcooliques. Cet individu, très fort et très robuste, n'a jamais été malade, sauf quelques légères atteintes de fièvre. On constate la neurasthénie au moyen degré, une excitabilité exagérée du système nerveux, symptômes très fréquents chez les Européens habitant plus ou moins longtemps les pays chauds (le climat des neurasthéniques par excellence).

6 août. — Un cas d'abcès du foie chez un jeune Européen qui a eu auparavant une attaque de dysenterie assez intense. Relation directe et indiscutable des deux maladies. Je l'envoyai en Europe pour se faire opérer. Outre la dysenterie, il a eu quelquefois des atta-

(1) Il faut constater ici combien la résistance des Chinois aux infections morbides est parfois surprenante.

ques de fièvre paludéenne. Les symptômes étaient : douleurs lourdes dans la région du lobe droit du foie et dans l'épaule droite ; la température vespérale est de 38°, sulfate de quinine aucun effet.

L'abcès fut opéré avec succès en Hollande, il se trouvait placé à la partie droite et postérieure du foie. Le malade est guéri complètement en l'espace de quelques mois et revient aux Indes. Au début, le diagnostic était difficile avec la fièvre paludéenne; la dysenterie récente a servi de conducteur dans la vraie voie.

Un cas d'empoisonnement aigu par l'opium. Le Chinois pour se suicider a pris à peu près 30 grammes de l'opium à fumer (*tinko*) de la plus mauvaise qualité; on l'apporte à l'hôpital à 8 heures du matin, vers 4 heures de l'après-midi il tombe dans un état comateux, le visage est très pâle, les pupilles sont contractées. Si on insiste longuement, il donne de bonnes réponses aux questions qu'on lui pose. On essaye en vain le lavage de l'estomac et les excitations différentes. Le malade est mort vers la nuit.

L'autopsie faite le lendemain, on observe : un très léger hydropéricarde, le ventricule gauche était en systole et vide, le ventricule droit rempli de caillots ; une congestion active très accentuée avec coloration rosée des deux poumons, qui ne se rétractent pas à l'ouverture du thorax. L'estomac est vide, congestion et hypérémie intense des reins, rien de particulier au foie et à la rate.

6 septembre. — Cris persistants d'une femme javanaise atteinte de la fièvre paludéenne (fièvre continue palustre) ; elle eut pendant quelques jours consécutifs une température de 39° 5 à 40° ; aujourd'hui la température est tombée à 38° ; elle va très bien et cependant son excitation nerveuse est augmentée, elle a peur de mourir, je lui dis que si elle continue ainsi à se plaindre, je l'isolerai des autres malades; ma menace fait son effet et toute excitation disparaît, elle cesse de crier. J'ai souvent observé pareils cas chez les malades indigènes ; ils ne laissent pas échapper une plainte, ne soufflent pas un mot, ils continuent même à travailler avec la mort dans leurs corps ; aujourd'hui ils travaillent, marchent, demain ils mourront subitement. L'inspection indique une pneumonie franche, tuberculose au 3e degré ou une cachexie paludéenne avec rate énorme. J'ai vu pas mal de cas où l'examen seul montrait les souffrances continuelles de ces natures vraiment héroïques dans les maladies. Mais d'un autre côté, au contraire, on remarque, principalement parmi les Malais, des types très peu nombreux heureusement, insupportables par les cris et leurs plaintes causés par de petits maux (petites plaies, maux de tête insignifiants, etc.).

En général, les données subjectives des malades indigènes, même en comprenant bien leur langage, doivent être acceptées par le

médecin avec la plus grande réserve et un examen minutieux est encore plus nécessaire qu'avec les malades européens.

Cas de fièvre rémittente (continue) palustre, chez une jeune femme javanaise de 23 à 24 ans, avec atrophie des seins et déchirure ancienne et considérable du périné. La température variait entre 39° et 40° le 3e jour. Les hémorragies vaginale et buccale ne coïncidaient pas avec les règles. Nombreuses taches hémorragiques (petechies) sur le tronc et les extrémités. Guérison rapide par de hautes doses de quinine : 3 à 4 grammes. Ces formes de fièvres hémoglobinuriques, palustres sont fréquentes pendant les épidémies comme à Tjilatjap en 1883, et ne sont pas certainement l'effet de l'intoxication quinique, comme en Afrique allemande d'après le professeur Koch.

Syphilis chez un jeune Chinois sodomiste (« mitje ») remplaçant le rôle de la femme auprès de ses compatriotes. Le manque de femmes est certainement la cause de ce vice. On peut voir à cause de ces mitjes des drames d'amour par jalousie ou tout autre motif, comme s'il s'agissait de femmes.

Ce jeune gamin de 16 ans était d'une complexion gracieuse et un peu féminine, il était atteint d'un chancre induré de l'anus, de condylomes et d'une éruption intense papillomateuse sur le tronc et les extrémités.

Dans les baraques chinoises, les mitjes ont leurs lits spéciaux ornementés de courtines élégantes, avec inscriptions en lettres dorées. La sodomie est presque une institution légale à Deli et à Bornéo anglais *entre les Chinois*.

Deux Klings sont admis à l'hôpital atteints de phtisie pulmonaire. Cette partie des ouvriers de Deli donne le plus grand nombre relatif de tuberculeux. Deux conditions jouent peut-être un rôle prépondérant comme facteurs étiologiques : 1° la polyandrie, qui est très répandue chez eux ; six ou sept Klings soutiennent et vivent en commun avec une seule femme ; 2° les durs travaux de fouille dans la terre humide, creuser des canaux et des fossés souvent dans la boue et les terrains marécageux. On peut facilement comprendre la facilité de la propagation du bacille de Koch chez les polyandres.

25 septembre. — Ces jours derniers il a plu toutes les après-midi de 3 à 4 heures. Ciel couvert de nuages gris, orages fréquents, tonnerre, éclairs. Quelques accidents mortels sont survenus chez les Chinois à cause de la foudre qui est fréquente en cette saison. — La mousson du Nord-Ouest a commencé. Dans ces dernières semaines, des bruits étranges se répandent chez les ménagères japonaises et les coolies, et ils ont peur de sortir la nuit de leurs maisons. Ils racontent que le gouvernement, voulant construire des ponts, a besoin

de couper la tête à quelques indigènes pour les mettre dans les fondations. Personne ne peut m'indiquer d'où vient cette croyance stupide à laquelle ils ajoutent une foi sincère. Il est impossible de faire faire le soir une course au valet de chambre ou au cocher. Ce qui est certain, c'est que, pendant les grands travaux pour construire des ponts ou des forteresses, il meurt une énorme quantité d'indigènes que décime la fièvre palustre. Les Hollandais semblent avoir une préférence marquée pour construire leurs forteresses dans les plaines basses et marécageuses, témoin celles d'Ambarawa, de Java, et de Fort de Kock de Sumatra. C'est là la seule raison qui puisse expliquer de telles superstitions.

Des milliers d'indigènes sont ordinairement requis pour ces travaux et c'est là peut-être l'origine de la légende, car à Deli même on ignorait alors les constructions considérables qui ont fait leur apparition depuis.

Mes coolies et mes domestiques indigènes assurent que le gouvernement envoie la nuit des émissaires spéciaux pour s'emparer des individus attardés et les sacrifier ensuite. Je pris informations chez quelques représentants de l'autorité locale. Ils n'ignorent pas les bruits qui courent à Deli, mais ils n'en connaissent pas l'origine.

On me raconte que des bruits de ce genre se répandent périodiquement à Deli. J'ai grand'peine à rassurer ces naïfs esprits. Cependant peu à peu ces bruits cessent et le peuple se rassure. Il n'en est pas moins remarquable d'observer comment des légendes populaires peuvent se répandre aisément et inspirer une panique générale, sans raison aucune, mais n'avons-nous pas des faits analogues en Europe pendant les grandes épidémies ? Le peuple est crédule et irréfléchi. C'est l'histoire des épidémies de choléra en Russie.

Autopsie d'un Chinois ictérique atteint de dysenterie chronique. Je trouve des ulcérations du côlon, cicatrisées par places. Cirrhose atrophique du foie et anémie des autres organes.

1er octobre. — Les pluies continuent; surtout le soir. Chaleur souvent insupportable. Apparition d'une grande quantité de moustiques, ce qui est rare en cette région. Souvent en effet ils font totalement défaut comme à British North-Bornéo, où les fièvres palustres n'en sont pas moins florissantes et constituent le plus grand danger pour l'ouvrier. La statistique montre qu'il n'y a pas au mois d'octobre plus de cas de paludisme que dans les mois où les moustiques sont absents.

Dans les grandes épidémies de fièvre palustre ou 20 mille indigènes meurent en quelques mois, on se trouvent dans l'impossibilité matérielle, aux Indes néerlandaises, d'attribuer ce fait aux moustiques, comme le prétendent les nouvelles théories.

19 octobre. — Cas de neurasthénie typique chez un Européen, ancien officier de l'armée I. N. qui est depuis 20 ans aux Indes. Hypertrophie cardiaque et tachycardie. Rate et foie tuméfiés à la percussion. A déjà eu quelques attaques de fièvre, mais en allant en Europe, pour un temps plus ou moins long, il reprenait bientôt ses forces.

Venu aux Indes à 18 ans en bonne santé, ce qui a une grande importance au point de vue de l'acclimatation. C'est entre 18 et 25 ans qu'est le meilleur moment pour ceux qui viennent travailler ou vivre dans les climats chauds ; et cela, bien entendu, à la condition de travailler au grand air. C'est une excellente méthode très recommandable que de se livrer à des exercices physiques, et la pratique anglaise des jeux même sous les rayons ardents du soleil tropique de l'après-midi, — comme crocket, lawn-tennis, — est rationnelle.

La neurasthénie chez les Européens qui restent plus ou moins longtemps dans les pays chauds est d'une fréquence extrême.

(Dr Van den Burg *Weekbdad v. h. N. Tijdschrift voor Geneeskunde.*)

« Quoique les expériences du laboratoire de M. Eikmann (1) sur le processus d'acclimatation dans les pays chauds ne montrent pas de notables changements physiologiques, cependant l'auteur ne nie pas l'existence de phénomènes de déviation nerveuse, qui paraissent avoir de l'analogie avec la neurasthénie. Mais il est difficile d'expliquer pourquoi, dès le début de son séjour aux pays chauds, l'Européen éprouve de la fatigue nerveuse. Le plus souvent c'est l'effet d'un séjour prolongé. La neurasthénie, bien que je fasse souvent ce diagnostic, est un terme assez vague, qui avec le temps peut aboutir à un grand nombre de maladies diverses du système nerveux. »

21 octobre. — Pluies continuelles. Routes presque impratica, bles. Les moustiques sont très nombreux, mais d'un genre spécial- gros et noirs, tenaces et terribles. Par moment on doit abandonner livres et plumes pour se réfugier derrière les rideaux de gaze du lit.

Arrivée de nouvelles femmes coolies javanaises de Preanger, Java. — Inspection médicale d'une vingtaine de femmes parmi lesquelles quelques filles de 12 à 14 ans. Mais la plupart ont eu deux ou trois enfants. Presque toutes ont une vaginite légère, mais on ne constate pas de syphilides récentes ou anciennes. Ce qui est rare chez les indigènes rurales qui n'ont pas eu des relations avec les civilisateurs ou mieux syphilisateurs européens.

Deuxième cas d'ictère chronique consécutif à des attaques répétées de dysenterie (avec ictère plus marqué que dans le premier cas). Mêmes lésions à l'autopsie que dans le cas précédent: traces de

(1) Eminent bactériologiste de Batavia.

dysenterie dans le gros intestin, cirrhose atrophique du foie, rate énorme.

Opération d'une hernie inguinale gauche chez un Chinois de 26 à 27 ans. Epiploon sarcomateux. — Avant l'opération, la tumeur se présente comme un volumineux boudin, très induré, occupant l'aîne et le scrotum.

Le 7e jour, élévation thermique. Mort 14 jours après l'opération.

30 novembre. — Le matin 21° centigr. L'après-midi 29 à 30.

Ces jours derniers, quelques cas de coryza aigu chez des Européens. La différence entre la température du matin et celle du soir est souvent à Deli de 14 à 15 degrés. Les maisons sont ouvertes de tous les côtés, le vêtement toujours léger, la transpiration devient abondante après le moindre effort au travail. Toutes ces conditions favorisent les infections de la muqueuse du nez, surtout pour les sujets qui arrivent aux Indes avec une infection respiratoire chronique, la phtisie par exemple. La marche en est ici plus rapide que dans les régions tempérées. Il ne faut pas perdre de vue les modifications qui sont apportées à la fonction cutanée par l'acclimatation, hyperesthésie et influence réflexe sur les parenchymes des poumons, du foie, etc...

Dans les derniers moments de mon séjour aux Indes, j'étais obligé de me passer du bain froid le matin, car cela me donnait un état fiévreux pour toute la journée. Il est fréquent de voir des Européens qui en arrivant prennent trois bains froids par jour et prennent ensuite, comme moi, un bain tiède dans l'après-midi.

3 décembre. — Peu de pluie ces jours derniers. Les malades sont assez rares à la plantation.

18 décembre. — Nuit assez fraîche. Température le matin 20° à l'ombre. C'est une fraîcheur relative. Nous sommes sous les tropiques. L'après-midi à 3 heures 36°.

Année 1895.

18 janvier. — Nuit très fraîche. Le matin à 6 h. 18°8. L'après-midi 36°. J'ai eu froid la nuit dans mon lit à clambous. On devient ici tellement sensible qu'une différence de 2 degrés de Celsius, du jour à la nuit, vous fait grelotter. La plupart des Européens préparent des couvertures épaisses pour ces circonstances.

Cas de péritonite chronique d'origine tuberculeuse avec épanchement séropurulent dans le péritoine, chez un Javanais. Laparotomie. Drainage ; mort quelques semaines après de phtisie pulmonaire avancée.

26 janvier. — Nouvel an chinois (25 au 28 janvier), grandes fêtes à l'hôpital. Ce mois-ci, trois cas de mort : un de pneumonie caséeuse. Deux de pneumonie franche.

Le mousson de la saison des pluies doit prendre fin au nouvel an, disent les indigènes, mais il continue à pleuvoir même la nuit, qui est froide et humide (20° cent.), tandis que la journée est d'une chaleur excessive. Saison déplorable, aux Indes Néerlandaises, pour les maladies respiratoires. Deux coolies javanais entrent à l'hôpital. Chute d'un lieu assez élevé. Contusions graves. Chez l'un plaie contuse du crâne de 6 cent. de long. Après suture et pansement, les 2 coolies demandent à quitter immédiatement l'hôpital, pour reprendre leur travail. Comme on voit, les planteurs n'ont pas toujours raison de les accuser de paresse.

6 février. — Fièvre thyphoïde normale chez un jeune Européen. Il y en a des cas multiples aux Indes Néerlandaises, prouvés par les autopsies. On trouve dans l'intestin grêle, surtout près de la valvule de Bauhin, l'ulcération caractéristique des plaques de Peyer et des follicules clos, ainsi que les lésions hépatiques et spléniques de cette affection dont on a nié l'existence autrefois aux Indes Néerlandaises. Le diagnostic avec la fièvre palustre continue ou rémittente (les seules formes, ou à peu près, observées en Malaisie) est souvent difficile, mais l'état général du sujet, les troubles gastro-intestinaux l'inefficacité de la quinine, la marche de l'affection, constituent des indications précieuses, mais, dans certains cas, l'autopsie seule a pu lever mes doutes.

14 juillet. — Je viens de faire un voyage à Saïgon (Cochinchine française) par Singapour. Hôpital maritime moderne pour les Européens (1). — Institut Pasteur, annexe importante pour toutes les Indes Orientales. Ces deux établissements méritent d'être visités. Actuellement il y a aussi à Batavia, capitale des Indes Néerlandaises, un Institut Pasteur pour la rage.

Pendant un mois je n'ai guère vu à l'hôpital de la marine que des dengues. J'ai été surpris d'apprendre d'un des médecins de l'hôpital qu'à Saïgon la fièvre palustre est rare en ce moment. C'est le contraire à Sumatra et à Bornéo, où la dengue est presque inconnue dans ces temps derniers. Personnellement, je ne l'ai jamais observée, tandis que la paludisme y est commun. Avec la très bienveillante permission du chef de l'Institut bactériologique, j'y ai travaillé ou plutôt regardé travailler mes confrères. J'en profite pour les remercier sincèrement de l'hospitalité bien française qu'ils m'ont offerte à l'Institut.

(1) Je dois avouer que l'hôpital des indigènes de Saïgon était au-dessous de ce qu'on pouvait attendre d'une si belle ville des tropiques.

Quelques jours après mon arrivée à Saïgon, j'ai été atteint de « diarrhée de Cochinchine ». J'incline à la considérer comme une des formes de l'infection paludéenne en cette région. J'ai eu parfois de semblables attaques aux Indes Néerlandaises après un changement brusque de nourriture ou un écart diététique quelconque. Quelques doses de 0,50 centigr. de quinine et le repos suffisent d'ordinaire, car la malaria est l'étiologie habituelle de ces attaques cholériformes. A Saïgon le même traitement m'a permis de sortir de la chambre au bout de 2 ou 3 jours. — Il serait bien surprenant que Saïgon n'eût pas les différentes formes de la malaria si l'on considère la situation géographique, sur ce grand fleuve du Mekong, avec ses bords marécageux, subissant l'action des marées qui ont aux pays chauds une si fâcheuse influence au point de vue du paludisme.

Aux Indes Néerlandaises, les contrées les plus malsaines sont celles qui sont placées à l'embouchure des fleuves qui subissent l'influence de la marée, comme c'est la règle sur les côtes de l'archipel malais.

Pour mon compte, j'ai appris à respecter la perfide fièvre palustre de la Cochinchine. Après un séjour d'un mois à Saïgon, je suis rentré, par le même chemin qu'à l'aller, à Deli, Sumatra. Presque immédiatement après mon retour, les attaques légères que j'avais eues régulièrement jusqu'à mon départ à Saïgon se sont aggravées à tel point que j'ai dû rentrer en Europe.

Au moment même où je transcris ces lignes, je ne suis pas encore guéri des atteintes périodiques du paludisme chronique. Toutefois, je n'ai plus un très curieux phénomène d'ulcération superficielle de la muqueuse labiale inférieure, qui à mon retour de Saïgon compliquait habituellement mes attaques, et dont j'ai constaté la disparition à la fin de l'année 1898. Cette forme larvée et rare de la fièvre palustre est un fait indiscutable pour moi. Peut-être en trouverait-on plus de cas en Cochinchine où je crois à son existence, si on examinait avec attention les lèvres, la gorge et la muqueuse buccale des paludéens chroniques.

Je suis rentré à Deli vers le 15 août. Pendant ce dernier mois, quelques cas de choléra asiatique se sont déclarés à Singapour, puis à Deli, qui en est distant de 36 heures en bateau à vapeur.

23 août. — Le premier cas de choléra sérieux se déclare dans la plantation n° 1, proche de l'hôpital (20 minutes de marche). C'est un Malais, cocher d'une sorte de dos à dos (sewah-kareta). La veille, il est revenu de Médan, où quelques cas, probablement importés de Singapour, avaient été officiellement signalés. Mort en 24 heures.

25 août. — Second cas dans la même plantation. Amené à l'hôpital, le malade présente des selles risiformes où je constate les ba-

cilles virgules de Koch. Je porte le diagnostic de choléra asiatique. Il ne survit que 8 heures. On prend alors des mesures rigoureuses pour isoler sur place tous les malades suspects. On les met dans des huttes séparées des plantations avec des gardiens n'ayant aucune communication avec les baraques des coolies. Les individus nouvellement arrivés de Chine qui passaient par Singapour et la quarantaine de Médan étaient également isolés pour 8 jours avant de recevoir l'autorisation de pénétrer dans les baraques de la population.

J'ai eu en tout 25 cas dans les différentes plantations de ma Compagnie; 10 sont morts. La durée de la maladie variait de 8 à 48 heures. Comme symptômes : vomissements, diarrhée, coliques, crampes, hypothermie, algidité, collapsus.

Il est curieux de noter que dans la plantation n° 2 j'ai eu toujours une grande quantité de dysenteries et d'affections gastro-intestinales aiguës, avec un cas de choléra asiatique isolé; cette année je n'ai eu, pendant l'épidémie, qu'un cas suspect de cholérine.

Au point de vue de la nationalité les cas se répartissaient comme il suit :

Chinois	16	
Malais indigènes	4	
Javanais	1 adulte,	2 enfants.
Cinghalais	1	
Japonais	1 femme.	

Les premiers cas de choléra, c'est-à-dire ceux du 23 août au commencement de septembre, étaient presque tous mortels ; il semble que le virus, par l'isolement hors des lieux habités, perdait progressivement sa force jusqu'à nous ôter toute inquiétude au milieu de septembre.

A cette époque l'épidémie était éteinte dans nos plantations, mais pas à Déli même, où le choléra, enfermé dans un espace limité, alimenté par de nouveaux arrivages de coolies chinois, continuait plus ou moins ses ravages.

L'isolement rigoureux est l'indication la plus utile à remplir. Le traitement est peu efficace. Voici quelles prescriptions je faisais. Prendre plusieurs fois par jour, dans un verre de whisky ou de cognac, XXV à XXX gouttes de la solution suivante :

I

Camphre	} ãã 2 gr.
Chloroforme	
Huile de menthe	
Ether azoteux alcoolisé	} ãã 3 gr.
Laudanum	
Alcool absolu	32

II

Camphre	} ãã 2
Chloroforme	
Menthol	
Ether nitreux	3
Laudanum	6,50
Acide phénique	2
Eau	10,50
Alcool absolu	22

Pour frictions :

Essence de térébenthine..................	100
— de cajeput.....................	100
Vinaigre de vin......................	100
Camphre..........................	30
Chloroforme.........................	1
Ether azoté.........................	0,5
Huile d'olives........................	200

24 octobre. — Quantité considérable de moustiques, dans ma demeure et à l'hôpital. Mais, contrairement à la théorie « moustiquaire » de Laveran, j'ai précisément beaucoup moins de paludéens à soigner : sur 110 malades divers actuellement soignés à l'hôpital, il n'y a que 3 cas de fièvre palustre. Or, dans la Statistique mensuelle de Sumatra, on voit que, de février à octobre 1894, j'ai eu de 11 à 16 paludéens, ce qui est le minimum de toute l'année.

La mousson du nord-ouest est en pleine force.

Diminution sensible des cas de dysenterie à la plantation.

Les journaux annoncent encore 4 décès par le choléra asiatique dans les différentes plantations de Deli.

5 décembre. — Depuis le milieu du mois dernier, les pluies sont rares. Les moussons, en général, sont très irrégulières au nord de l'équateur : c'est le cas à Achine (nord Sumatra) et à nord Bornéo. Sécheresse et chaleur excessives. Recrudescence de dysenterie avec phénomènes aigus et issue fatale. De même apparaissent des formes fébriles rémittentes et continues, typhoïdes, bilieuses, biliohémoglobinuriques, pernicieuses.

La mortalité générale augmente souvent sensiblement, sous les tropiques, après les pluies abondantes et ininterrompues. Cela se vit en 1883, à Tjilatjap, sur la côte du sud de Java où, après des pluies torrentielles et un changement de mousson au commencement de novembre, deux mois après la terrible éruption du Krakatau dans le passage du Sund, une épidémie de fièvre palustre éclata, et enleva plus de 20.000 indigènes de la résidence Bandjermassing.

Les recherches bactériologiques dans les selles dysentériques ne m'ont donné aucun résultat positif. Le plus souvent j'ai trouvé des coli-bacilles et des strepto ou staphylocoques. Jamais je n'ai pu rencontrer des amibes.

Il entre à l'hôpital un nouveau cas d'excitation cérébrale chez une jeune ouvrière javanaise de 15 ans, arrivée de Java depuis un ou deux mois. — Pour caractériser les conditions bizarres dans lesquelles sont engagés les coolies javanais destinés aux plantations de Bornéo ou de Sumatra, et pour rester sur le terrain des faits officiels, je veux citer textuellement un entrefilet du Journal de Deli (janvier

1896). Celui-ci l'a d'ailleurs emprunté au Journal de Java, *Semaransche Courant*, où l'engagement se fait surtout par des agents spéciaux : *Coolies pour Java.*

« On expédie, le 17 décembre, 97 exemplaires de Solo et 137 de Poerweredjo. Pour Solo l'agent est L..... pour Poerweredjo c'est l'adjudant instructeur des pradjoerits (soldats libres du Sultan ou du Kaiser de Solo). Entre parenthèses je trouve ce métier assez vil pour un ancien sous-officier de l'armée Néerlandaise. Sans doute, l'argent corrige toutes choses, mais d'un soldat n'est-il pas permis d'avoir une plus haute opinion ?

« Revenons au fait. — Ces coolies sont examinés le 18 décembre par les représentants du gouvernement.

« Ils trouvent parmi eux 5 enfants, des fillettes naturellement, 4 de Poerweredjo et 1 de Solo. Sur leurs passeports leur âge est porté de 18 à 20 ans. Trois de ces fillettes sont sauvées du filet parce que les agents ne peuvent pas prouver qu'elles suivent leurs mères.

« C'est une preuve nouvelle que le gouvernement ne semble pas pouvoir arrêter cet immoral et honteux trafic d'êtres humains. Par ce procédé perfide, d'innocentes enfants sont arrachées à leurs foyers et envoyées à Deli ou ailleurs pour être prostituées sans l'ombre d'un remords. Ces marchands de chair humaine ont mille moyens astucieux pour attirer leur proie, la sucer à fond, tout en évitant de tomber sous le coup de la loi.

« Il est très difficile à la police, sinon impossible d'empêcher ces crimes. Aussi, les compagnies qui engagent les coolies n'en sont pas responsables. Le mal réside chez les distributeurs de passeports et les agents indigènes. C'est là qu'il faut chercher les coupables.

« Cependant, il ne faut pas désespérer. Notre Résident, qui s'intéresse beaucoup à cette question, se propose de faire échec à cette calamité et je suis convaincu qu'il réussira dans cette tâche ».

Je ne suis pas tout à fait de l'avis de l'excellent journaliste sur la question des responsabilités, mais je ne veux pas ici discuter cette question brûlante qui tient au système de la politique colonisatrice de la vieille Europe. Tout ce que je veux ajouter, c'est que les mêmes actes honteux se passent à Canton et à Hong-Kong, pour l'engagement des coolies chinois à destination de Bornéo et de Sumatra. Peut-être même est-ce pire qu'à Java si on tient compte de la pourriture de l'administration chinoise.

Après cette citation, on ne s'étonnera pas de rencontrer dans la pratique médicale des tropiques des cas de suicides bizarres, de l'excitation maniaque d'une forme toute spéciale et probablement peu connue dans nos asiles d'aliénés en Europe.

J'ai observé à l'hôpital deux Chinois atteints de lèpre tubéreuse, forme le plus fréquemment observée à Deli.

L'un est porteur d'eau dans une famille européenne.

L'examen microscopique des nodules de la face, pris dans la région du sourcil gauche (lésions tubéreuses et anesthésiques), donne de belles préparations du bacille de Hansen. J'emploie le colorant de Ziehl Neisser, avec lavage à l'alcool nitrique à 1 p. 10, puis à l'alcool à 60°, enfin la double coloration au bleu de méthylène.

Le microscope est, dans ce cas, un puissant moyen de diagnostic en montrant les bacilles dans les cas douteux, très fréquents dans ce pays où il y a de nombreux Chinois. La plupart des cas s'observent chez des Chinois, comme j'ai pu le constater à British nord-Bornéo.

« La lèpre a probablement été introduite par les Chinois dans les Indes Néerlandaises.

« Dans les Indes Néerlandaises, la lèpre n'est pas très répandue, mais elle est assez fréquente chez les coolies chinois dans les plantations de tabac à Deli. Mais les planteurs ont eu l'intelligence de fonder une léproserie (en 1890) où les lépreux sont traités et isolés. » (Conférence internationale de Berlin sur la lèpre. — Dr Broest van Dort).

Ayant constaté chez mes 2 malades des bacilles de Hansen, je les ai envoyés immédiatement à l'Asile des Lépreux de Médan.

A part le cas, d'ailleurs douteux, de cet Européen dont j'ai parlé, qui a été infecté par son cuisinier, je n'ai pu avoir l'occasion de constater la contagiosité directe de cette maladie.

Personnellement, je connais un cas très intéressant qui est absolument contraire à la théorie de la contagiosité directe de la lèpre. Un Européen, employé dans les colonies, a pris comme maîtresse une Javanaise. Celle-ci avait été pendant 2 ans la maîtresse d'un haut fonctionnaire chinois chez qui plusieurs médecins et moi-même avions constaté la lèpre. Il avait une ulcération caractéristique du gros orteil avec anesthésie complète et coloration des téguments jusqu'à la cheville. Cette lésion durait depuis plusieurs années, ne subissant que des améliorations passagères sous l'influence des divers traitements.

La femme, malgré 2 années de cohabitation avec ce Chinois, resta indemne. De même l'Européen, qui resta un an avec cette femme, n'avait, 4 ou 5 ans après, aucun symptôme de lèpre. — Il est intéressant de noter que les coolies chinois dénoncent, et expulsent de leur milieu tout camarade suspecté de lèpre. Je me rappelle 2 faits à ce sujet, que j'ai observés dans ma pratique à British Nord Bornéo.

Au cours d'une de mes visites à la léproserie de Médan, j'ai vu

environ 40 cas. Formes maculeuse, anesthésique ou tubéreuse. Le gardien de l'asile a parfaitement remarqué que les 2 premières formes ont une marche rapide, se transforment en forme tubéreuse et mutilante avec issue rapidement fatale. La grande majorité étaient des Chinois, puis venaient les Javanais et enfin les Klings.

26 décembre. — Cas de fièvre rémittente palustre chez un jeune garçon de 7 ans, d'origine hollandaise. — Céphalalgie intense, température variant entre 38° et 39°. Se plaint sans cesse de la tête. Quinine, compresses glacées sur le crâne. Rétablissement en quelques jours.

28 décembre. — Le paludisme chronique se manifeste essentiellement chez moi par une sécheresse continuelle des lèvres, une sorte de parésie des extrémités, affaiblissement des facultés intellectuelles, un besoin de dormir. Irritabilité exagérée. Désir de solitude. Pas de fièvre.

Année 1896

8 janvier. — Le kentring ou période intermédiaire à la saison des pluies et à celle de la chaleur semble être terminé. Nous entrons dans le temps des belles et fraîches matinées.

31 janvier. — Les médecins de Deli se réunissent dans le but de former une société médicale devant représenter une section de l'association générale des médecins des Indes Néerlandaises. Le siège central de cette société est Batavia. La réunion comprend 9 médecins : 5 Hollandais (dont 3 sont des médecins militaires), 2 Anglais, 1 Allemand et 1 Russe. C'est, on le voit, une Société cosmopolite, à l'usage de la région de Deli elle-même où sont représentés, par les planteurs, la plupart des pays d'Europe et même d'Amérique. (Les uns, parmi ces planteurs, exploitent le tabac ou le café, les autres le pétrole que l'on vient de découvrir récemment; il en existe des gisements assez considérables sur les côtes de l'est de Sumatra).

La discussion, qui est très vive, porte sur l'origine d'une épidémie de choléra asiatique qui vient de sévir à Deli ; et qui n'est pas encore complètement éteinte.

Les uns pensent qu'elle est endémique à Deli, la majorité, à l'opinion de laquelle je me range, pense qu'elle a été importée directement de la Chine par les coolies, par les bateaux de transport, et qu'une quarantaine est devenue nécessaire.

Pour montrer comment et dans quelles conditions se font ces importations, je vais traduire quelques extraits du journal local le « Deli Courant ».

Les faits qui y sont relatés sont exacts, indiscutables.

— Le *Choléra :* « Nous venons de recevoir de Belawang (port de Deli) la nouvelle que 3 Tongkans (1) sont arrivés de la Chine le 21, le 27 janvier, et le 12 février, ayant respectivement à bord des passagers au nombre de 240, 240 et 178. Par ordre des commandants de ces bateaux, les passagers, les coolies sont empêchés de débarquer avant que l'on ait trouvé pour eux de l'ouvrage à Deli, soit dans les plantations, soit chez les entrepreneurs. La raison de cette mesure est que les coolies ont reçu en Chine, des mains des agents, certaines avances d'argent qui seraient perdues si ces coolies venaient à déserter en débarquant.

Ils importent des coolies de la même façon que l'atap (2) et tâchent de les céder aux entrepreneurs en faisant, naturellement, un bénéfice sur le passage et sur les avances.

Or, le mercredi 5 février après midi, une centaine de ces coolies sont autorisés à débarquer, comme ayant trouvé des places; mais le contrôleur n'ayant pas eu le temps de préparer les papiers nécessaires, ces coolies sont provisoirement logés dans une boutique (gedeh) de Belawang. Bientôt après le choléra se déclare chez eux.

Ainsi donc, le choléra venait d'éclater d'une façon bien nette chez 102 individus qui avaient été entassés dans un bateau pouvant à peine contenir 40 personnes, nous laissons au lecteur le soin de juger.

Il est facile, en outre, de se représenter dans quelle situation se trouve le médecin chargé d'inspecter tous ces malades dès qu'on vient l'informer de l'apparition du choléra.

On désinfecte et on ferme le gedeh; on enterre les morts, on transporte les malades dans des baraques spécialement destinées aux cholériques ».

« *8 février.* — Jusqu'aujourd'hui, il est mort 51 coolies, 27 sont encore en traitement, 4 seulement sont guéris.

Cependant, la plus grande misère règne sur le pont de ces bateaux. Les pauvres diables sont tassés l'un contre l'autre ; les rayons d'un soleil ardent tombent sur eux ; et ils n'ont rien à manger.

Et les marchands de coolies leur défendent de se plaindre !

On procède à l'arrestation des 3 patrons des bateaux. Le gouvernement se charge de faire construire un abri contre le soleil en atap... et de distribuer de l'eau potable et un peu de nourriture à ces malheureux.

Il est permis de supposer que quelques-uns de ces passagers sont

(1) Voiliers chinois.

(2) Les feuilles sèches d'un palmier « Nippa », servant à faire les toits des maisons ou baraques aux Indes.

déjà morts du choléra ou de misère avant d'arriver, car à marée basse, on voit flotter quelques cadavres en aval du fleuve. Naturellement, le gouvernement s'occupe en outre de prendre toutes les mesures nécessaires pour empêcher le fléau de se propager dans le pays et il fait isoler tous les passagers de ces voiliers dans des baraques.

« Des 3 coolies engagés à Médan, l'un est mort hier du choléra.

« Si l'on en croit l'affirmation formelle des commandants de bateaux d'immigrants, le choléra est certainement épidémique en Chine, d'où nous arrivent les coolies soit directement par les bateaux à vapeur, soit par les wankang (bateaux chinois à voiles). »

On pourrait objecter que les coolies arrivant de la Chine sont infectés par le choléra en arrivant à Belawang. Pour réfuter cet argument, je veux encore citer quelques pages intéressantes du même journal : « le *Choléra :* Dans notre numéro du 5 février nous avons signalé l'hypothèse suivante : le choléra éclaterait chez les coolies importés de la Chine par les bateaux à vapeur du bureau des Emigrants, parce que, en arrivant, ils consomment toutes sortes de fruits, de la glace, et qu'ils se refroidissent à l'intérieur aussi bien qu'à l'extérieur avec l'eau des puits. Nous apprenons à présent qu'il est *impossible* que les coolies contractent de cette manière les germes du choléra ou d'infections intestinales approchantes.

« C'est la conviction des personnes qui, par leur situation, sont à même d'observer l'arrivée des bateaux venant de Chine et de constater les mesures que l'on prend à l'égard des passagers. La raison en est bien simple : la consigne est très sévère : tant que les coolies restent sur les bateaux, toute communication leur est interdite avec les sampangs (canots indigènes), ce qui a surtout pour but de prévenir leur désertion. De cette façon ils ne peuvent acheter ni fruits ni glace, à supposer qu'ils en aient les moyens pécuniaires. Dans la suite, le débarquement des coolies s'effectue sous l'œil des officiers de douane et les wagons de chemins de fer sont à proximité pour les recevoir. Quand les coolies y ont pris place, on ferme les wagons et on établit une surveillance auprès d'eux. »

Ainsi les coolies n'ont pas — ou mieux, n'avaient pas, car les conditions sont un peu modifiées à l'heure actuelle — n'ont pas, dis-je la moindre facilité pour se procurer des choses nuisibles à leur santé. D'autre part ils ne sont même pas dans le voisinage d'un puits artésien. Le train où on les enferme est celui qui doit les transporter à Médan. Continuons les citations intéressantes :

« Le *13 février* il arrive de nouveaux wangkang pleins de Chinois. Est-ce le n° 4 qui s'arrête à Assahan, ou bien est-ce le n° 5 qu'on attend de la Chine, nous l'ignorons ! Ce qui est certain c'est que le

contrôleur donne des ordres à un bâteau à vapeur de le mener au large. » Joli procédé!

Au cours de la première séance de notre Association, notre président, chef du service médical de l'Est Sumatra, — qui a rendu les plus grands services en s'efforçant de faire appliquer les lois existantes pour protéger les coolies malades et imposer aux planteurs une organisation plus européenne des hôpitaux d'ouvriers — nous a communiqué un fait déplorable qui concerne un de nos confrères qui n'était pas membre de l'association. Le Gouvernement a dû le faire traduire devant les magistrats pour des brûlures multiples qu'il a faites à un Chinois. C'est à n'en pas croire ses oreilles, mais, malheureusement, les faits sont indéniables. Un Chinois avait déserté la plantation où on l'avait engagé comme ouvrier libre, soi-disant. On le rattrape, et le planteur, le soupçonnant d'être l'instigateur des troubles qui s'étaient produits dans la plantation, s'efforce par tous les moyens de lui arracher des aveux.

Les procédés qui ont cours dans les plantations de l'hémisphère oriental sont le bâton, les chaînes, les coups de pieds, etc., mais la victime persistait à se taire, accoutumée sans doute à ce traitement. Alors notre confrère la prit à l'hôpital et sous prétexte d'expériences physiologiques, lui fit en différentes régions, avec un instrument pointu, probablement le thermocautère, de nombreuses brûlures. A la suite de cette expérience physiologique, la langue du malade se délia et il fit des aveux.

Notre indignation fut grande et unanime à l'égard de cette façon de comprendre la profession médicale dans les plantations. Ce n'est certes pas le moyen d'attirer les sympathies des ouvriers coolies qui doivent nous être au moins aussi chères que celles des patrons.

Fort heureusement, ce sont-là des cas exceptionnels dans le corps médical colonial et l'on s'imaginerait, par moment, en présence de tels faits que l'on se trouve en Amérique au temps fameux de l'oncle Tom de Bret-Hart. On est témoin parfois involontaire de ces sombres tragédies qui feraient douter de la moralité et de la force civilisatrice des Européens aux colonies.

18 février. — Attaque sourde de périsplénite après deux heures de promenade à cheval. Précieux héritage que l'on emporte de ces pays très doux, mais excessivement paludéens !

19 février. — Ces jours derniers, pluies abondantes la nuit ; matinées très belles.

Un cas d'anasarque et d'hydropéricarde aigus chez un cachectique puladéen paralytique. Les injections hypodermiques répétées de pilocarpine amènent une courte accalmie dans la dyspnée qui est très intense. Néanmoins mort par asphyxie.

Une dame japonaise est atteinte d'un trachome, maladie très commune au Japon. On rencontre fréquemment dans ce pays des jeunes filles ou des jeunes garçons avec les paupières bouffies, signe présomptif d'un trachome.

— Je me rappelle la visite que j'ai faite à l'Université de Tokio, grâce à l'aimable introduction du Dr Nagajo, chef du département sanitaire. En particulier, à la clinique ophtalmologique, où l'impression est très curieuse et bien japonaise, l'aimable et très distingué professeur parle assez bien l'allemand. Il faut ôter ses bottines et chausser des pantoufles pour pénétrer dans les salles qui sont d'une propreté merveilleuse. Très nombreux sont les cas de conjonctivite granuleuse et des kératites parenchymateuses d'origine spécifique.

La méthode employée de préférence « ausbürsten mit trockene Bürste » (1) après cocaïnisation des paupières et de la conjonctive me paraît un peu trop douloureuse pour les malades. Mais le professeur m'explique que c'est la seule méthode efficace au Japon. Je me rappelle bien que sans la cocaïne ça marche mal, parce que j'étais obligé, après chaque séance, de suspendre pour quelque temps les attouchements des granulations avec le sulfate de cuivre, tant ma gentille Japonaise (elles le sont vraiment toutes gentilles comme Mme Chrysanthème), souffrait après chaque séance. J'ai rencontré chez les Chinois et les Javanais très peu de cas de conjonctivites granuleuses. Plus souvent, et chez les premiers surtout, on trouve des conjonctivites purulentes blennorrhagiques et il n'est pas rare d'observer à l'état épidémique des ophtalmies purulentes non spécifiques, c'est-à-dire sans gonocoques et moins virulentes que les premières.

16 mars. — De nouveau, le choléra a fait son apparition dans les plantations de ma Compagnie. Il y en a eu 10 cas avec 6 décès dans l'espace de quelques jours. L'importation en a été faite par 12 coolies qui étaient à la prison de Belawang et que la police locale employait à enterrer les malheureuses victimes des 3 wangkangs que la marée haute venait jeter sur les berges du fleuve.

L'isolement rigoureux de tous les individus revenant de la prison arrête de nouveau l'expansion de la redoutable maladie.

12 mai. — Dans ces trois dernières semaines, chaleur étouffante surtout entre deux et trois heures de l'après-midi. Les pluies de la nuit rafraîchissent peu la température diurne. Influence fâcheuse de ce temps sur ma santé générale. Les moustiques et autres insectes qui, le soir, voltigent en masse autour de la lampe apparaissent par

(1) Frottage avec une brosse sèche,

ces chaleurs intensives pour disparaître invariablement avec le changement de temps.

14 mai. — Ce matin, vers 7 h. 1/2, j'ai voulu aller faire une promenade dans les champs, mais j'ai dû rentrer bien vite à cause de la chaleur excessive, qui à cette saison est déjà insupportable dès cette heure matinale. A noter le fait curieux qu'une dame, arrivée d'Europe il y a seulement trois mois, trouve la température de ces derniers jours assez agréable : l'observation a montré que les nouveaux arrivés sont en général moins sensibles à la chaleur des tropiques que les anciens.

La cause de ce phénomène réside dans la sensibilité de la peau et l'irritabilité du système nerveux qui sont très accrus par le processus d'acclimatation.

18 mai. — Depuis trois jours, il souffle un vent fort, sec, et très chaud, de l'intérieur du pays, du côté des montagnes de Battaks. Il est très pernicieux pour les arbres à tabac dont les feuilles noircissent et se dessèchent. On s'explique mal, ici, l'origine de ce vent qui revient presque chaque année au mois de mai. Beaucoup d'Européens souffrent de maux de tête et de névralgies.

19 mai. — Le vent chaud a disparu. La chaleur solaire est déjà assez forte à 6 heures du matin.

Cas de dysenterie très aiguë, chez un Chinois de 23 ans, grand amateur de la pipe d'opium, mort en 3 jours.

Insuccès thérapeutique de la quinine sur l'hyperpyrexie et l'évolution de l'accès chez un paludéen aigu-rémittent avec rate énorme. Dose de 6 grammes de quinine en une fois. Ce fait n'est pas rare à Deli. Il faut recourir au salicylate de soude seul ou combiné à l'antipyrine ou à l'arsenic, comme remède palliatif. Je prescrivais aux malades qui ne supportaient pas les sels de la quinine, la formule suivante : salicylate de soude 12 gr. 50, antipyrine 2 gr. 50, liqueur de Fowler 2 gr. 50, sirop 40, eau 500.

21 mai. — Suicide original : Un Chinois se donne la mort en enroulant une forte ficelle autour de son cou et en tirant sur les 2 bouts jusqu'à suffocation complète. Il faut une solide résolution de mourir pour y arriver par ce moyen. Les méthodes auxquelles les Chinois accordent la préférence pour en finir avec l'existence, qui probablement leur est très pénible, sont : l'empoisonnement par l'opium (tingko), la pendaison et la submersion.

30 mai. — Opération d'un sarcome de l'orbite droit, gros comme le poing. Tous les éléments normaux de l'œil sont détruits. Enucléation totale de la tumeur avec râclage du périoste du fond de l'orbite. Métastases probables, mort en 4 semaines sans réaction locale au niveau de l'orbite affecté. La malade est une Malaise qui n'est en-

trée à l'hôpital qu'après avoir tenté, pendant des années, de se guérir par les moyens indigènes.

29 juin. — A 4 h. 1/2 de l'après-midi, la température est de 31°, 4 cent. Le ciel est couvert de nuages, la nature est comme morte, pas le moindre mouvement dans l'air. Espèce de torpeur générale, d'oppression. Je suis obligé de prendre 0,50 cent. ou 1 gr. de quinine, dose que je dépasse rarement dans les cas de paludisme chronique semblables au mien.

30 juin. — L'après-midi même température qu'hier.

Reçu la visite d'un collègue hollandais qui, depuis 5 ans à Deli, n'a jamais été malade. La conversation étant tombée sur la question de l'acclimatation, il m'a dit avoir distinctement observé que, dans les dernières années, sa mémoire s'est progressivement affaiblie — observation qui concorde avec la mienne. La neurasthénie et l'affaiblissement de la mémoire sont deux phénomènes remarquables et très pénibles de l'acclimatation des Européens aux pays chauds.

3 juillet. — Malgré les pluies continuelles des derniers jours, qui tombaient surtout l'après midi, l'air reste lourd, insupportable — chaleur humide.

18 juillet. — A 9 h. 1/2 du matin, la température est de 28°, à 3 heures 35, 5. Vent chaud et insupportable venant de la montagne.

Il y a en ce moment à l'hôpital 132 malades. La majorité est représentée par la fièvre palustre rémittente, les ulcères de jambe chez les coolies chinois ou javanais nouvellement arrivés. Quelques cas de cachectiques paludéens chroniques qui, incapables de travailler dans la plantation, attendent la mort à l'hôpital. La dysenterie et la pneumonie les guettent et les atteignent fréquemment à l'hôpital. Les autres cas comprennent les conjonctivites aiguës simples ou spécifiques, la syphilis, les adénites chroniques, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu chez des Klings surtout, qui, comme je l'ai déjà dit, sont en outre si sensibles à la phtisie pulmonaire.

21 juillet. — La journée est plus tolérable. Pluie le soir. Température de 30° c. à 7 h. 1/2 du soir. — 152 malades à l'hôpital. Trois Javanais reviennent de prison dans un état lamentable. La plupart des ouvriers javanais qui sont arrivés ici il y a 2 mois passent en ce moment par l'hôpital, avec d'énormes ulcères de jambes et une anémie intense, avec ou sans fièvre rémittente.

1er août. — Un cas foudroyant de noma chez une Javanaise de 27 à 28 ans. Pendant les 3 ou 4 jours de son séjour à l'hôpital, toute la partie droite de la bouche et la face interne de la joue sont ulcérées, gangrenées, les dents et le maxillaire droit sont atteints et dénudés. Les parties voisines sont très tuméfiées. Mort le 7e jour

avec signes de septicémie aiguë. C'est le premier cas que j'observe aux Indes. Il est impossible d'apprendre de la malade dans quelles circonstances est apparue l'ulcération primitive. Van den Burg dans son livre « *De Geneesheer* », ne consacre que quelques mots à cette affection. *Noma:* « Cette affection est observée de temps en temps aux Indes Néerlandaises. On observe aussi des ulcérations analogues à la vulve des petites filles. »

15 août 1896. — Parti de Deli pour l'Europe.

CONCLUSIONS

En nous plaçant au point de vue exclusivement médical, nous pouvons de nos observations personnelles tirer les conclusions suivantes :

1° « Le miasme paludéen est solide et pesant » (LAVERAN), transportable par le vent à une assez grande distance. Ces faits sont prouvés par l'apparition d'épidémies de paludisme à Tjilatjap, sur la côte sud de Java, ainsi qu'à Mahaveliganga, près de Candy, à l'île de Ceylan.

2° Les récentes théories « moustiquaires » (LAVERAN, MANSON) concernant la pathogénie de l'infection palustre ne peuvent expliquer l'apparition de ces épidémies qui frappent rapidement et d'emblée des régions entières : par exemple, l'épidémie de la Résidence de Bandjermassing, sur la côte sud de Java, en 1883.

3° Les conditions climatériques qui déterminent ou exacerbent la fièvre paludéenne dans les différentes régions des pays tropicaux sont variables et très complexes. Il est encore prématuré de vouloir leur appliquer une loi générale (MANSON).

4° En certaines régions des tropiques, et dans des conditions particulières, les formes chroniques et cachectiques d'emblée représentent une part considérable des cas de paludisme.

5° Le Beri-Beri est une affection qui frappe surtout les agglomérations d'individus vivant en milieu confiné (casernes, prisons, etc...). Ce n'est pas une maladie qui sévisse dans les plantations ou dans les campagnes.

6° Les ulcères des extrémités inférieures, chez les ouvriers qui commencent à travailler aux champs, dans les régions

tropicales, ont une origine très probablement infectieuse. Les sources d'infection sont les eaux impures des champs et les ruisseaux limitrophes. Un pansement antiseptique occlusif constitue le meilleur traitement.

7° La lèpre est probablement contagieuse, mais dans des conditions très complexes qui ne sont pas encore déterminées.

8° La syphilis, chez les Européens habitant les tropiques, a une évolution singulièrement aiguë et maligne. Il est, dans ces cas, très important de combiner les frictions, l'iodure et les injections mercurielles pour commencer le traitement. Le sublimé en injections hypodermiques m'a donné les meilleurs résultats.

9° La pathologie des Tropiques ayant une physionomie et une évolution qui lui sont propres, la création d'Écoles spéciales pour l'enseignement des maladies tropicales constitue, pour les Etats ayant des possessions dans ces régions, une innovation absolument justifiée et nécessaire.

BIBLIOGRAPHIE

Scheube. — Die Kranhkctten der warmen Lander. 1866.
Roux. — Traité pratique des maladies des pays chauds. 1889.
Burg (van den). — De Geneesheer in Nederlandsch Indie. 1885.
Balfour, surgeon-general. — The Cyclopaedia of India. 1881.
Kelsch et Kiener. — Traité des maladies des pays chauds.
Dutroulau. — Traité des maladies des Européens dans les pays chauds. 1868.
Broest van Dort. — Internationale lepra conferentie te Berlijn.
Weekblad van het Nederlandsch Tiydschrift. 1899.
Geneeskundige tydschrift voor Nederlandsch Indie. 1895.
Marvaud A. — Les maladies du soldat. 1894.
Laveran et Teissier. — Pathologie médicale. 1889.
Manson. — Tropical Diseases. 1898.
Laveran. — Du paludisme et son hematozoaire. 1891.
Klob G. — Beiträge zu einer geographischen Pathologie British öst-Afrikas. 1897.
Koch (Prof.) — Aerztliche Beobachtungen in den Tropen, 1898.
Catrin. — Le paludisme chronique.

TABLE DES MATIÈRES

Poitiers. — Imprimerie Blais et Roy, 7, rue Victor-Hugo.

